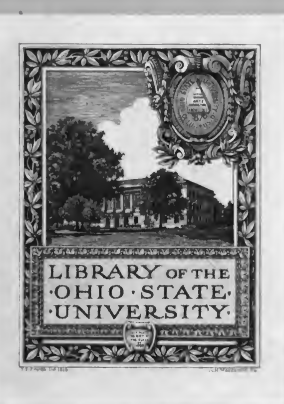



LIBRARY OF THE
·OHIO·STATE·
·UNIVERSITY·



KLINIK

für

psychische und nervöse Krankheiten.

Herausgegeben

von

Robert Sommer,

Dr. med. et phil.,

o. Professor an der Universität Gießen.

ZWEITER BAND.



HALLE a. S.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

1908.

Inhalt.

1. Heft.

2. Heft.

3. Heft.

4. Heft.

I.

Ueber Art und Wert klinischer Gedächtnismessungen bei nervösen und psychischen Erkrankungen.

Von **Dr. Paul Ranschburg**, Leiter des psychologischen Laboratoriums an den ung. kön. heilpädagogischen Instituten zu Budapest.

I. Die psychophysischen Bedingungen der Gedächtnismessungen in pathologischen Fällen.

Inhalt:

A.

1. Einführung in die Methodik.

Bei einer jeden Untersuchung des Gedächtnisses ist es vor allem der Umfang der Leistung, der bei der Wertung der Ergebnisse von hervorragender Wichtigkeit ist. Unter Umfang wird gewöhnlich die Zahl der richtigen Reproduktionen (oder Erkennungsakte) im Verhältnis zur Zahl der eingeprägten Zeichen (Worte, Wortpaare, Zahlen, Bilder usw. verstanden.

Ich fand es seit Beginn meiner Untersuchungen für wichtig, den Begriff des Umfanges (A) in zwei Komponenten aufzulösen. Die erste ist die Verhältniszahl der präzisen, d. h. sofort richtigen Leistungen (P), die zweite diejenige der erst unrichtigen, sodann spontan oder auf Aufforderung berichtigten R.-en, der Korrekturen (C). Die Verhältniszahl der präzisen im Verein mit derjenigen der korrigierten R.-en bestimmt also den Umfang der Leistung. Die ersteren sind bezeichnend für die Präzision, die letzteren für die objektive Sicherheit des Gedächtnisses, zu welcher sich ihre Zahl umgekehrt verhält. Bei

Berechnung des Umfanges werden die präzisen Leistungen als Einheiten, die berichtigten als Bruchteile der Einheit berechnet, wobei der Nenner des Bruches diejenige Ordnungszahl ist, die wievielte Reproduktion (Assoziation) die richtige Leistung brachte. Doch lasse ich, um bloßes Herumraten zu vermeiden, bloß eine Berichtigung zu und berechne dieselbe sodann, wie aus obigem folgt, als $\frac{1}{2}$ Einheit.[1]) Demnach beträgt der Umfang, $A = P + \frac{C}{2}$, wo P die Prozentzahl der präzisen, C diejenige der korrigiert richtigen R.-en ist.

Nun finde ich es, wenn auch nicht unerläßlich, so doch für die Charakterisierung einer jeden physischen sowie geistigen Leistung hinzugehörig, den zeitlichen Verlauf derselben, d. h. bei unseren Messungen die Erkennungs-, oder Reproduktionszeit (T) zu bestimmen. — Dieselbe verhält sich ceteris paribus jedenfalls umgekehrt zur Güte der Leistung, da auch einer vollkommen präzisen Reproduktion im Vergleich mit anderen, ebenso vollkommenen, um so weniger Wert zukommt, je mehr Zeitdauer sie im Vergleich mit den übrigen beansprucht.

Aus diesen Faktoren läßt sich die Gesamtformel der Gedächtnisleistung für praktische Zwecke folgendermaßen darstellen: $M = \frac{P + \frac{C}{2}}{T}$ oder einfacher $\frac{A}{T}$.[2])

Nun fand ich es von Anfang an zweckdienlich, auch die Zahl und Dauer der bei der Prüfung sich ergebenden unrichtigen Assoziationen zu bestimmen. Dieselben werden jedesmal auch qualitativ notiert, wogegen in den nachfolgend angeführten Beispielen dieselben des öfteren bloß mit a_n bezeichnet werden, wo n die Dauer der Assoziation bezeichnet. — Die Zeitdauer der Nullfälle wurde früher nicht bestimmt, während ich, dem Beispiele G. E. Müller u. Pilzeckers folgend, nunmehr auch dieselbe notiere (On).

Die Untersuchung der Merkfähigkeit für ganz kurze Intervalle — des sog. unmittelbaren Gedächtnisses (Mi) — ist näher betrachtet vielmehr eine Untersuchung der Auffassungsfähigkeit.

Wenn jemand eine Silben-, Zahlen- oder Wortpaarreihe, die ihm einmal vorgeführt wurde, einige Sekunden hernach mehr oder minder vollkommen wiedergibt, so haben wir in seiner Leistung bloß ein Maß für eine Fähigkeit, die wohl die erste Basis des Gedächtnisses bildet.

---

[1]) Studien üb. die Merkfähigkeit d. Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken Monatsschrift, f. Psychiatrie u. Neurol. 1901. Bd. IX. — Im Ungarischen schon: Arbeiten der ersten Landeskonferenz ungar. Irrenärzte in Budapest, Oktober 1900.

[2]) S. Ranschburg, Studii sulla misura della memoria etc., Atti de V Congresso internaz. di Psicol., Roma 1905.

Doch bietet dieses gute oder minder gute Erfassen noch keine Gewähr für die Fähigkeit des Behaltens für längere Intervalle, für Stunden, Tage, Monate, Jahre. Es ist eine allgemein bekannte Erfahrungstatsache, daß so mancher das Gehörte, Gesehene rasch erfaßt, sich für die allernächste Zeit rasch einprägt, es aber fast ebenso rasch wieder vergißt.

Zur Prüfung des eigentlichen Gedächtnisses muß daher auch das Behalten, das Konservierungsvermögen (Mc) für den aufgefaßten Stoff geprüft werden.

Dies kann nun im allgemeinen auf dreierlei Arten erfolgen:

1. Die a-Methode prüft das Behalten, indem die Reize auf bestimmte Weise vorgeführt und erst nach einer bestimmten längeren Zwischenzeit (L), nach Stunden, Tagen usw., ausgefragt werden. Dieselbe ist unpraktisch, weil wir in diesem Falle nicht wissen, wieviel der Untersuchte seinerzeit aus dem vorgeführten Stoffe erfaßt hat, wieviel daher aus dem Reproduzierten dem Behalten zuzuschreiben ist. Die Methode hat im besten Falle bei solchen Kranken Berechtigung und Wert, bei denen wir die Auffassungsfähigkeit durch wiederholte Untersuchungen kennen gelernt und genau präzisiert haben.

2. Die b-Methode untersucht das Behalten, indem die Auffassungsfähigkeit durch sofortige Prüfung festgestellt und nach bestimmten Zwischenzeiten das Behalten nach wiederholter Vorführung geprüft und berechnet wird.

3. Die c-Methode endlich besteht darin, daß das vorgeführte Material sofort nach der Vorführung geprüft, die Auffassung desselben in oben geschilderter Weise präzisiert wird und sodann nach verschieden langen Intervallen, z. B. nach 24 Stunden, nach sechs Wochen usw., die Prüfung ohne wiederholtes Vorführen der Reize (Wo) wiederholt und die Leistung jedesmal festgestellt wird.

In all diesen Fällen wird die Leistung des Behaltens (Mc) durch die Menge des Behaltenen im Verhältnis zur Menge des das erstemal Aufgefaßten in Prozenten ausgedrückt.

4. Endlich können Fälle vorkommen, in denen wir uns bloß mit Hilfe der direkten Lernmethode orientieren können. Bei derselben begnügen wir uns nicht mit der Prüfung des Auffassens nach bloß einmaliger Vorführung, sondern die Einprägung sensu strictiori erfolgt mittels mehrfacher Wiederholungen (r). Nun kann man wieder entweder nach einer jeden Wiederholung ausfragen, oder werden je nach dem Ergebnis zwei,drei, oder auch fünf Wiederholungen angewendet und die Prüfung erfolgt immer nach einer Serie solcher Wiederholungen (z. B. nach je r_5. Der Zweck ist, die Wiederholungen möglichst bis zur idealen Leistung fortzusetzen, die darin bestehen würde, daß sämtliche Paarworte sofort richtig, und zwar alle innerhalb der ersten Sekunde reproduziert werden. Da dies durchaus nicht immer forciert werden kann, so pflegen

wir uns mit der möglichsten Annäherung der Leistung an diejenige Leistung zu begnügen, die der normale intelligente Erwachsene nach einmaliger Vorführung ergibt, nämlich mehr als $^2/_3$ präzise Treffer, und mindestens $^2/_3$ derselben innerhalb der ersten anderthalb Sekunden. (Vgl. den II. Teil dieser Untersuchung.) In diesen Fällen wird nun auch das B e h a l t e n auf ähnliche Weise geprüft, wodurch das Verfahren dem Ebbinghausschen Lernverfahren (Ersparnismethode) nahe kommt. Der Unterschied ist, daß unsere Methode sich nicht mit dem subjektiven Gefühl des Untersuchten, daß er nämlich in einem bestimmten Moment den Stoff fehlerlos inne hat, begnügen kann. Ansonst wird auch hier die Ersparnis durch die Zahl der Wiederholungen charakterisiert, die zu einer entsprechenden Leistung genügen, gleichzeitig aber durch das Plus, das die nämliche Zahl von Wiederholungen, die das erstemal zur ersten Erlernung benötigt wurden, nun, summiert mit der Wirkung der vorherigen Wiederholungen, hervorbringt. Beispiele der angeführten Methoden werden wir in den nachfolgenden Ausführungen genügend vorfinden.

Die angeführten Arten von Messungen lassen sich mit den meisten Methoden der Gedächtnisuntersuchung kombinieren. Die von mir im Oktober 1900 publizierten Paarmethoden eignen sich für die Anwendung derselben ganz besonders, und zwar sowohl die Wortpaarmethode, als auch die Paarmethode zur Untersuchung des Personen-, Namen- und Zahlengedächtnisses.[1])

Doch zeigten eben meine damals mitgeteilten, in deutscher Sprache 1901 erschienenen Studien über die Merkfähigkeit usw., daß — von speziellen Fällen abgesehen — das W o r t g e d ä c h t n i s an und für sich ein empfindliches Mittel darstellt, um am selben die Beeinflussungen der Merkfähigkeit durch Alter, Bildung, nervöse und psychische Krankheiten entsprechend nachweisen zu können.

Die nachfolgenden Besprechungen der Art und des Wertes von psychopathologischen Gedächtnisprüfungen beziehen sich demgemäß sämtlich auf das der genaueren Untersuchung am leichtesten zugängliche Wortgedächtnis.

Dasselbe wurde geprüft, indem ich dem Kranken Wortpaare, die aus je einem einsilbigen Stichwort und einem demselben sinngemäß assoziierten Paar- oder Schlagwort bestanden, unter mehr-minder genau abgemessenen psychophysischen Bedingungen vorführte und nach Ablauf einer Zwischenzeit von mindestens sechs Sekunden prüfte, indem nun die Stichworte vorgeführt wurden und zu einem jeden derselben das zugehörige Schlagwort aus dem Gedächtnisse reproduziert werden mußte.

[1]) Sitzungsbericht der 3. Sektion der ungar. Akademie d. Wissenschaften vom 19. November 1900. Bericht des korresp. Mitgliedes Prof. K. Laufenauer über: D. P. Ranschburg's Apparat und Methode z. Unters. der Gedächtniskraft. — Orvosi Hetilap. 1900.

Die Vorführung der Wortpaarserien erfolgte anfangs ausschließlich mündlich (akustische Methode), später ließ ich das vorgesprochene Wortpaar jedesmal vom Kranken sofort laut wiederholen (akustisch-motorisch-akustische Methode). Als im Sommer 1900 mein optischer Apparat (Mnemometer) fertig wurde, erfolgte die Vorführung womöglich mittels desselben, wobei die Wortpaare entweder lautlos abgelesen wurden (optische Methode), oder, wie dies in fast sämtlichen Fällen geschah, die Ablesung laut oder halblaut erfolgte (optisch-motorisch-akustische Methode). An manchen Kranken wurden auch Untersuchungen mit beiden Arten (optischen und akustischen) der Vorführung vorgenommen.

Die Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden sollen weiter unten ausführlicher behandelt werden. Hier sei nur bemerkt, daß in allen im Laufe dieser Zeilen anzuführenden Fällen, wo es nicht anders hervorgehoben ist, die optisch-motorisch-akustische Art der Einprägung angewendet wurde.

Im folgenden sollen nunmehr die für die Praxis wichtigsten psychophysischen Bedingungen der Gedächtnisuntersuchung auf Grund meiner in nun siebenjährigen fast unausgesetzten Beschäftigung mit Gedächtnisprüfungen gesammelten Erfahrungen besprochen werden.

Die Aufstellung der Probleme und die konsequent durchgeführte Lösung derselben, wie dieselbe für das normale Gedächtnis z. B. in den Werken von Ebbinghaus und besonders in denjenigen von G. E. Müller und Schuhmann, G. E. Müller und E. Pilzecker angestrebt und vielfach auch erreicht wurde, ist an pathologischem Material undurchführbar. Das wechselnde Krankenmaterial der Klinik, der häufig und unversehens wechselnde Zustand der Geisteskranken, die Empfindlichkeit und Hypochondrie und noch mehr die Ermüdbarkeit der Nervenkranken, sowie die äußeren Verhältnisse setzen derartigen Bestrebungen stets wechselnde, immer aber ziemlich enge Schranken.

Dennoch hoffe ich, mehrere Hauptpunkte, so die Bedeutung der Qualität und Quantität des einzuprägenden Stoffes, der Dauer resp. des Tempos der Einwirkung, die Wirkung der kürzeren und längeren Zwischenzeiten, die Rolle der Wiederholungen, den Wert der Messung der Reproduktionsdauer, sowie die Technik der Einprägung und der Prüfung der Klärung nähergebracht zu haben.

Im zweiten Teile dieser Arbeit sollen sodann meine Erfahrungen über die diagnostische und prognostische Verwertbarkeit derartiger Untersuchungen folgen.

Zur Mitteilung der scheinbar mehr theoretisch interessanten Untersuchungen des ersten Teiles in diesem vorzüglich klinischen Sammelwerke fühlte ich mich um so mehr ermutigt, ja verpflichtet, da dieselben dem wichtigen S o m m e r'schen Prinzipe, daß „die Art der Untersuchung für alle Beobachter einigermaßen gleichmäßig geregelt und dadurch das

Subjektive in der Auffassung der Erscheinungen möglichst vermieden werde“, bezüglich der Gedächtnismessungen den Weg ebnen.

Seit der Veröffentlichung meiner ersten „Studien über die Merkfähigkeit usw.“ in der Wernicke-Ziehen'schen Monatsschrift haben sich mehrere Forscher an verschiedenen Kliniken, so Weber und Nitsche (Göttingen), Boldt (Jena), teilweise auch Kurt Goldstein (Freiburg), besonders aber von Leupoldt (Gießen), ferner Guicciardi in Reggio d'Emilia (Italien) meiner Paarmethode in mehr-minder unveränderter Fassung bedient oder ihre Resultate mit den meinigen verglichen.

Dabei wurde manches an meiner älteren oder neueren (mnemometrischen) Methode auszusetzen gefunden, was ich übrigens natürlich finde, diesenortes den genannten Forschern für ihre Bemerkungen danke und all meine Erwiderungen, ohne mich persönlich an den einen oder andern zu wenden, in meine folgenden Erörterungen einschließe.

Nur das eine sei mir erlaubt, zu betonen, daß zwischen meiner erstpublizierten, das ganze praktisch wichtige Gedächtnis umfassenden, und meiner späteren, bloß das Wortgedächtnis prüfenden Methode kein grundsätzlicher Unterschied vorhanden ist. Die erstere wurde gutenteils angewendet, um dasjenige Spezialgedächtnis, welches für eine leicht zugängliche, dabei aber empfindliche Untersuchung der Merkfähigkeit das geeigneteste ist, zu ergründen. Nachdem die erste Methode mir diesen Dienst geleistet hatte, wandte ich mich der möglichst systematischen Untersuchung der Art und des Wertes der Prüfung dieses Spezialgedächtnisses, nämlich der Merkfähigkeit für Wortverbindungen, zu.

Es sei noch bemerkt, daß alle hier angeführten Untersuchungen ausschließlich in den Vormittagsstunden erfolgten.

Der Ort der Untersuchungen war in den Jahren 1900 bis 1902 das damals an die kön. ungar. psychiatrische Universitätsklinik angeschlossene psychologische Laboratorium an der Abteilung für ruhige Geisteskranke. Vom Herbst 1902 erfolgten die spätern Untersuchungen an Normalen, Nervös- und Psychischkranken (privaten Kranken) im Psychologischen Laboratorium, das nun unter meiner Leitung an die ung. kön. heilpädagogischen Institute, und zwar in Anlehnung an die staatliche Hilfsschule zu Budapest angeschlossen ist.

Es sei mir gestattet, für die besondere Liebenswürdigkeit, mit der mir seinerzeit Herr Dr. E. E. Moravcsik, o. ö. Professor der Psychiatrie und Direktor der Klinik, sein Krankenmaterial zur Verfügung stellte, meinen herzlichen Dank auszusprechen. Den Dank, den ich meinem gewesenen verehrten Chef und Meister, weil. Prof. Karl Laufenauer, für die Förderung meiner Studien schulde, kann ich demselben nur mehr nachfühlen.

2. Ueber die Bedeutung der Qualität des einzuprägenden Stoffes.

Da es sich darum handelt, den zu untersuchenden Kranken ein je gleichmäßigeres Wortpaarmaterial vorzuführen, so fragt es sich, nach welchen Regeln ein solches zusammengestellt werden kann.

Gänzlich gleichwertige Assoziationen lassen sich nicht einmal aus sinnlosen Silbenpaaren, geschweige denn aus sinnvollen Wortpaaren in Massen herstellen. Es ist selbstredend, daß die Verwandtschaft zweier inhaltlich zusammengehöriger Worte bei verschiedenen Individuen ebensowenig genau dieselbe sein kann, wie die Vergangenheit und der geistige Inhalt, das Ich, das bei einem jeden ein verschiedenes ist. Dennoch kann man bei einiger Übung ein Material von 4—500 entsprechenden Wortpaaren für die Untersuchungen zusammenstellen, die, in Serien verteilt, unter gewissen, genügend günstigen Bedingungen, z. B. bei ber Expositionsdauer von zwei Sekunden, bei den verschiedensten normalen, gebildeten Erwachsenen mit geringer Variation die nämlichen oder einander sehr nahestehenden Resultate ergeben.

a) Ich bildete mein Material ausschließlich in der Weise, daß das Stichwort ein-, das Paarwort zweisilbig ist und die Betonung des Paarwortes ebenfalls auf die erste Silbe fällt. Also z. B. Haús-Wóhnung, Bier-Gérste, und nicht Búch-Verlág. Auch beschränkte ich mich — von speziellen Fällen abgesehen — auf Anwendung von Hauptworten, und ist dies behufs Gleichmäßigkeit des Materials auch entschieden zu beachten. Würden z. B. Eigenschafts- oder Zeitworte ebenfalls angewendet werden, wodurch die Reichhaltigkeit und Variabilität dss Wortvorrats für die Versuche erfreulich gesteigert wird, so sollte dies jedenfalls nach vorher zu bestimmendem Prinzip, z. B. abwechselnd Serien von Paaren aus Hauptworten, Hauptwort und Eigenschaftswort, Hauptwort und Zeitwort erfolgen, oder aber sind dieselben nach festgesetztem Plane zu mischen.

b) Wie dies schon in meinen ersten Studien betont wurde, sind **Assoziationen, die zusammengelesen auch ein zusammengesetztes Wort bilden, unbedingt zu meiden**, da dieselben ungleich leichter als sonstige Wortverbindungen behalten werden. Solche wären z. B.: Wein-Traube, Gold-Grube, und noch viel mehr: Bier-Stube, Haus-Meister, Stern-Warte, die bloßen Wortergänzungen entsprächen.

c) Man kann auch der Reichhaltigkeit des Wortpaarvorrates halber mit denselben Stichworten verschiedene Assoziationen verbinden, wie z. B. Dach-Schornstein, Dach-Rinne, Dach-Ziegel, — oder Baum-Krone, Baum-Palme, Baum-Wipfel, — oder Tag-Woche, Tag-Stunde, Tag-Sonne, Tag-Arbeit usw. Doch ist dieses Material mit identischen Anfangs- oder Endgliedern sorgfältig auseinanderzuhalten, und dürfen wir an einem

und demselben Individuum nie dasselbe Stichwort mit verschiedenen Paarworten, ebensowenig verschiedene Stichworte mit identischen Paarworten verwenden, auch nicht, wenn Tage oder auch Wochen dazwischen verflossen sind, da es sonst fast sicher zu Hemmungen und infolge derselben zu Verwechslungen, verspäteten oder wegbleibenden Reproduktionen kommt. Es handelt sich in diesen Fällen um die von G. E. Müller und Schuhmann[1]) nachgewiesene assoziative, häufiger um die von Müller und A. Pilzecker[2]) an sinnlosem Silbenmaterial nachgewiesene reproduktive (effektive) Hemmung.

d) Es ist möglichst zu beachten, daß — wieder von speziellen Versuchszwecken abgesehen — in dem Wortpaarmaterial eines und desselben Versuchstages keine einander inhaltlich näher verwandten Worte vorkommen, [3]) da solche zu Hemmungen, Verwechslungen oder völligem Versagen der Reproduktion führen (s. weiter unten).

Es kann aber auch zweckmäßig erscheinen — und ich denke bei zu künftigen Untersuchungen der Auffassung und des Gedächtnisses wird es nicht ohne Nutzen sein — zu speziellen Zwecken außer dem gewöhnlich verwendeten, möglichst heterogenen Material auch Serien aus einander möglichst homogenen (lautlich und noch viel mehr dem Sinne nach verwandten) Assoziationen herzustellen und zu verwenden.

Gelingt es, die Ähnlichkeiten der bald nacheinander auftauchenden Wortpaare künstlich zu häufen, so kommt es, wie ich dies anderenortes an Normalen schon nachgewiesen habe, zu Hemmungen der Auffassung, des Behaltens und der Reproduktion.

Dies möge nachfolgende Untersuchung eines gebildeten Kranken mit ziemlich ausgesprochener progressiver Demenz veranschaulichen.

Jur. Dr. B. 40. J. a. Progressive Demenz. (Gibt an, die deutsche Sprache vollkommen zu beherrschen, was sich jedoch als nicht ganz richtig herausstellt.) Untersuchung mit Mnemometer am 9. Dezember 1904. Das Material aus 45 Assoziationen in fünf Gruppen zu je neun Wortpaaren wird dreimal nacheinander vorgeführt (Expositionszeit pro Wortpaar zwei Sekunden), zwischen den einzelnen Gruppen je 25 Sekunden Pause eingehalten und eine Minute nach Beendigung der dritten Vorführung ausgefragt, die Reproduktionszeit mit Fünftelsekundenuhr gemessen.

Heterogene Serien.

Assoziationen:	Am 9. Dezember 1904.	Nach 24 Stunden ohne wiederholte Expos. von neuem ausgefragt:
S_1 Kind—Jugend	1·2	1·4
Sand—Wüste	1·4	1·8
Rot—Farbe	1·4	1·8

[1]) Expr. Beitr. z. Unters. d. Gedächtn. Zeitschr. f. Psychol. 1894.

[2]) Experim. Beitr. z. Lehre v. Gedächt. 1900.

[3]) P. Ranschburg, „Über d. Bedeut. d. Ähnlichkeit f. d. Erlernen, Behalten u. f. d. Reproduktion. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1905.

	Koch—Suppe	3·6	2·4
	Trank—Becher	2·0	2·4
	Schlaf—Ruhe	2·4	6·8
	Hund—Dogge	$0_{8\cdot4}$	Treue $_{8\cdot8}$—
	Dach—Schornstein	Ziegel $_{2\cdot4}$—$0_{8\cdot4}$	2·8
	Wurm—Raupe	$0_{10\cdot2}$	Apfel $_{2\cdot6}$— $0_{18\cdot6}$
S₂	Dieb—Räuber	1·4	2·2
	Sarg—Leiche	1·6	2·4
	Zahl—Ziffer	$0_{12\cdot2}$	$0_{11\cdot8}$
	Last—Plage	Sorge $_{15\cdot0}$— Kummer $_{18\cdot6}$	Träger $_{17\cdot8}$—
	Ball—Maske	2·6	6·4
	Ton—Stimme	Musik $_{2\cdot6}$— $0_{17\cdot6}$	Musik $_{2\cdot7}$— Lied, nein, das war's nicht $_{15\cdot0}$
	Brust—Lunge	10·6	Kraft $_{18\cdot6}$—
	Akt—Schauspiel	3·6	2·2
	Lenz—Blume	7·4	2·8
S₃	Ruhm—Lorbeer	Maler $_{0\cdot8}$—	$0_{14\cdot4}$
	Bild—Maler	1·8	2·4
	Faß—Keller	2·4	3·6
	Stein—Felsen	1·6	$0_{9\cdot8}$
	Hut—Kappe	Haar $_{8\cdot8}$— $0_{11\cdot8}$	Haar $_{8\cdot0}$— Kopf $_{9\cdot2}$—
	Ring—Finger	5·6	1·6
	Ding—Sache	2·4	1·8
	Haar—Scheere	1·6	3·8
	Eis—Gletscher	Winter $_{18\cdot8}$—	Schnee $_{6\cdot6}$— 0_{11}
S₄	Band—Masche	$0_{10\cdot4}$	$0_{18\cdot8}$
	Geiz—Habsucht	9·4	1·8
	Weib—Liebe	1·4	1·4
	Haus—Wohnung	Heimat $_{7\cdot4}$— Herd $_{10\cdot6}$—	Ziegel $_{8\cdot2}$— Herd $_{15\cdot2}$
	Krug—Henkel	3·0	nennt das Wort erst ungarisch $_{5\cdot8}$, sodann deutsch 7·8
	Kraut—Rübe	$0_{12\cdot8}$	1·2
	Thron—Kaiser	1·8	3·2
	Lied—Dichter	10·2	4·0
	Heu—Futter	(nennt das Wort ungarisch, erst nach längerer Besinnung deutsch:) 13·4	(wie gestern) 13·4
S₅	Braut—Hochzeit	$0_{12\cdot8}$	$0_{11\cdot8}$
	Blei—Silber	5·4	2·2, oder Gold
	Kuh—Weide	1·4	1·4
	Buch—Schule	2·8	$0_{8\cdot6}$
	Hals—Kehle	Lunge $_{8\cdot6}$— $0_{16\cdot8}$	$0_{15\cdot8}$
	Bau—Ziegel	8·2	2·4
	Brot—Nahrung	3·4	2·2
	Geld—Reichtum	Wert $_{7\cdot8}$— $0_{1\cdot8}$	Wert $_{2\cdot8}$—
	Zahn—Kiefer	3·0	3·4

Homogene Serien.

	Am 10. Dezember 1904.		Nach 24 Stunden ohne wiederholte Exp. neu ausgefragt.
S_1	Holz—Kohle	Wald $_{3 \cdot 6}$ —	10 · 8
	Dampf—Hitze	Schiff $_{8 \cdot 8}$ —	Feuer $_{7 \cdot 0}$ —
	Ball—Musik[1])	Tanz $_{1 \cdot 6}$ — Walzer $_{11 \cdot 8}$ —	Maske $_{6 \cdot 2}$ — Walzer $_{12 \cdot 4}$ —
	Tanz—Walzer	9 · 2	6 · 2
	Pferd—Wagen	2 · 8	Esel $_{3 \cdot 2}$ — $C_{7 \cdot 3}$
	Roß—Reiter	0	Sattel $_{7 \cdot 2}$ —
	Arzt—Heilung	$0_{17 \cdot 0}$	Arznei $_{3 \cdot 0}$ — $C_{11 \cdot 2}$, od. Genesung
	Puls—Fieber	5 · 8	2 · 4
	Streit—Ärger	[Ärger(nis)] 3 · 6	Hader $_{2 \cdot 8}$ — C (nis) $_{1 \cdot 8}$
S_2	Fuchs—Falle	7 · 0	$0_{6 \cdot 4}$
	Maus—Ratte	2 · 4	1 · 4
	Obst—Birne	2 · 4	2 · 2
	Wurm—Apfel	2 · 2	1 · 6
	Teich—Wasser	Strom $_{7 \cdot 6}$ —	Quelle $_{2 \cdot 8}$ — Segel $_{6 \cdot 8}$ —
	Fluß—Strömung	Ufer $_{2 \cdot 0}$ — Damm $_{4 \cdot 6}$—C	Strom $_{4 \cdot 8}$ — Ufer 10 · 0
	Bach—Quelle	10 · 6	$0_{11 \cdot 0}$
	Schiff—Wage	Segel $_{2 \cdot 2}$ —	Segel $_{3 \cdot 0}$ — Ruder $_{11 \cdot 4}$ —
	See—Welle	Strom $_{17 \cdot 4}$ — Quelle $_{15 \cdot 6}$ —	Quelle $_{18 \cdot 6}$ —
S_3	Boot—Segel	$0_{16 \cdot 4}$	3 · 6
	Meer—Ebbe	$0_{12 \cdot 4}$	Welle $_{5 \cdot 4}$ —
	Strom—Ufer	2 · 6	3 · 4
	Bucht—Hafen	$(0_{15 \cdot 3})$ 17 · 2	$0_{16 \cdot 8}$
	Blitz—Wolke	$0_{13 \cdot 8}$ —	Strahl $_{5 \cdot 0}$
	Mond—Himmel	Nacht $_{13 \cdot 8}$ —	Strahl $_{14 \cdot 6}$ — Schein $_{18 \cdot 6}$ —
	Strahl—Wärme	$0_{8 \cdot 8}$	Licht $_{8 \cdot 4}$ —
	Licht—Äther	Sonne $_{5 \cdot 4}$ —	$0_{15 \cdot 0}$ —
	Wind—Regen	$0_{9 \cdot 2}$	$0_{11 \cdot 2}$
S_4	Brett—Stange	2 · 0	$0_{10 \cdot 8}$
	Nest—Schwalbe	Vogel $_{2 \cdot 2}$ — $C_{4 \cdot 4}$	Vogel $_{5 \cdot 6}$ — $C_{10 \cdot 6}$
	Baum—Schatten	Ast $_{1 \cdot 6}$ — Zweig $_{8 \cdot 0}$ —	Ast $_{1 \cdot 4}$ — Zweig $_{4 \cdot 2}$ —
	Zweig—Blüte	Laub $_{7 \cdot 0}$ — Ast $_{13 \cdot 8}$ —	Vogel $_{3 \cdot 4}$
	Strauß—Blume	14 · 2	2 · 8
	Dorn—Rose	$0_{8 \cdot 4}$ —	6 · 0
	Blatt—Stengel	$0_{7 \cdot 8}$ —	Laub $_{4 \cdot 4}$ —
	Wald—Fichte	$0_{16 \cdot 6}$	Wild $_{2 \cdot 8}$ —
	Stamm—Wurzel	$0_{18 \cdot 2}$	Baum $_{3 \cdot 8}$ —
S_5	Strauch—Dickicht	16 · 2	$0_{18 \cdot 4}$ —
	Ast—Vogel	Laub $_{4 \cdot 8}$ — Zweig $_{7 \cdot 8}$ —	Laub $_{2 \cdot 8}$ —
	Laub—Krone	Zweig $_{16 \cdot 4}$ —	Blume $_{7 \cdot 4}$ —
	Rauch—Feuer	Ruß $_{4 \cdot 0}$ —	Ruß $_{4 \cdot 8}$ — $C_{16 \cdot 8}$
	Brand—Funke	Rauch $_{10 \cdot 6}$ —	Kohle $_{7 \cdot 4}$ —
	Glut—Asche	3 · 2	9 · 8
	Ruß—Flamme	Rauch $_{10 \cdot 8}$ —	Kohle $_{5 \cdot 8}$ — Rauch $_{11}$
	Herd—Ofen	Feuer $_{8 \cdot 2}$ —	Feuer $_{6 \cdot 2}$ —
	Docht—Lampe	2 · 0	1 · 6

Werden nun in oben behandelter Weise Umfang, Sicherheit und Dauer des unmittelbaren Gedächtnisses (Mi) sowie des konservativen Gedächtnisses (Mc) berechnet, so ergibt sich eine Minute nach dem Erlernen als Gedächtnisumfang 67,8 % bei dem heterogenen, dagegen bloß 37,3 % bei dem homogenen Material. Die wahrscheinliche mittlere Reproduktionsdauer ergibt 2,5″ bei den *heterogenen* ($n = 30$), 3,4″ bei den *homogenen* Reihen ($n = 16$). Die *konservierende* Kraft des Gedächtnisses (Mc) beträgt bei dem *heterogenen* Material 91,7 %, bei dem *homogenen* hingegen 86,32 % des vor 24 Stunden erlernten und bald danach das erstemal ausgefragten und richtig reproduzierten Materials. Die auffallende Stärke des unmittelbaren und besonders des konservativen Gedächtnisses ist hier eine Folge des mittels dreimaliger Wiederholung erlernten Materials.

Handelt es sich nicht um derartige, künstlich gehäufte Ähnlichkeiten, sondern bloß um ein bis zwei einander verwandte Begriffe, so werden dieselben mittels logischer Hilfsmittel durch Anheften unterscheidender Merkmale einander gegenübergestellt und hierdurch ihre Auffassung, ihr Behalten und ihre Reproduktion sogar erleichtert. Doch geschieht dies zumeist bloß für kurze Intervalle, da mit der Zeit die mehr-minder wissentlich angewandten Hilfsmittel verblassen und sodann Verwechselung oder entfallende Reproduktion eintritt.

Unter meinem ungarischen Wortpaarmaterial war es besonders die Serie$_3$ und die S_6, welche schon bei Normalen, um so mehr bei Nervösen und Geisteskranken, sozusagen bei sämtlichen Untersuchten, Hemmungen, Verwechslungen, Korrekturen und verspätete Reproduktionen verursachte. In diese Serien waren mir im Jahre 1900, als ich dieselben zusammenstellte und die inhaltliche Verwandtschaft der Wortpaare mehr instinktiv als bewußt zu vermeiden suchte, dennoch mehrere einander entschieden verwandte Begriffspaare hineingeschlüpft. Als ich das Unheil, das sie anrichteten, indem sie mir von Anfang an die Gleichmäßigkeit der Resultate verdarben, zu bemerken und zu verstehen anfing, da mied ich anfangs diese Serien, kehrte später wieder zu denselben zurück, um zu beobachten, wie tatsächlich dieselben Wortpaare bei fast allen Untersuchten in irgendeiner Form zur Hemmung des Vorstellungsverlaufs führten. Es waren dies die hier ins Deutsche übertragenen Wortpaare 3, 6 und 7 der S_3: Rauch-Ruß, Flamme-Kerze, Feuer-Asche, ferner die Wortpaare 2, 3, 4 der S_6: Teich-Schwan, Wasser-Quelle, Damm-Flut, sowie auch die achte Assoziation der S_3: Karpfen-Fogasch, die mit der ziemlich weit nachher folgenden zweiten Assoziation der S_5: Fisch-Hecht ebenfalls recht häufig zu Kollisionen führte.

Kommen nun gar innerhalb eines, an einem Tage eingeprägten Materials viele solche Ähnlichkeiten vor, so *werden die Ungleichheiten der Ergebnisse der einzelnen Serien, sowohl was*

ihren Umfang als auch ihre Sicherheit und Reproduktionsdauer betrifft, in erster Reihe in solchen Hemmungen durch homogene Bestandteile zu suchen sein.

Es wäre also ein für die Versuche verhängnisvoller Irrtum, zu meinen, daß die Warnung vor der hemmenden Wirkung der inhaltlichen Ähnlichkeit bloß von theoretischer Bedeutung ist. Die destruierende Wirkung ist um so stärker, als die Hemmung schon bei der Auffassung, also während der Vorführung zum Ausdruck kommt, häufig die Aufmerksamkeit noch nachträglich während der Einwirkung neuer Wortpaare an die schon absolvierten fesselt, also Zerstreutheit und Unlustgefühle provoziert.

f) Eine weitere, meines Wissens bisher überhaupt wenig diskutierte, jedenfalls unentschiedene Frage ist es, ob bei klinischen Gedächtnisuntersuchungen sinnloses Material von Wert ist. Gelegentlich meiner vor Jahren mitgeteilten Versuche [1] war die Gruppe V einer Reihe von Wortpaaren gewidmet, die miteinander ohne irgendwelche sinngemäße Verwandtschaft verknüpft waren. Bei diesen Versuchen zeigte es sich, daß aus dieser Gruppe die Schulkinder von 12 Jahren sowie die ungebildeten Erwachsenen 20 %, die gebildeten Erwachsenen 40 %, die Neurastheniker sowie die Paralytiker gleicherweise 0 % richtige Reproduktionen im Mittel ergaben. Unter zwölf Neurasthenikern fanden sich überhaupt nur drei, die aus der Gruppe von fünf sinnlosen Wortpaaren ung. 10 bis 15 Minuten später ein bis zwei Paarworte auf Vorsagen des Stichwortes reproduzieren konnten, unter 20 Paralytikern fanden sich insgesamt zwei, die ein resp. zwei richtige Reproduktionen ergaben, wogegen aus den sinnvollen Assoziationen bei den Neurasthenikern 37 %, bei den Paralytikern 7 % durchschnittlich richtig erinnert wurden.

So hatte ich bei meinen nachfolgenden genauern klinischen Untersuchungen auf Untersuchung dieses Spezialgedächtnisses mit wenigen Ausnahmen verzichtet und mich auf die sinngemäßen Wortverbindungen beschränkt. Um so weniger hielt ich die Anwendung des Erlernens von sinnlosen Silbenreihen und Silbenpaaren für zweckmäßig.

Erst in letzter Zeit hatte ich mich in einigen Fällen wieder entschlossen, an Patienten mit beginnender Demenz die Versuche mit meinen verschärft normalen heterogenen sowie homogenen sinnlosen Silbenreihen durchzuführen, und dies brachte mich auch auf meine frühere Methode der Wortpaare ohne sinngemäße Verknüpfung zurück.

Folgende Untersuchung, am obigen Kranken mit fortschreitender progressiver Demenz aufgenommen, wäre vielleicht berufen, die Frage zu entscheiden:

[1]) Studien über die Merkfähigkeit der Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken. L. c.

Serie A besteht aus folgenden neun Assoziationen, die ich hier im Original sowie in Übersetzung gebe, in welcher die Betonung des Originals (—́—‖◡́ —) selbstredend verloren geht.

1. völgy—batyu, 2. törzs—eszme, 3. bér—doboz, 4. szin—barát, 5. faj—tavasz, 6. hold—vonó, 7. elv—viskó, 8. hő—szilva, 9. toll—eskü. Das heißt:

6. Dezember 1904	$W_5 + I_{10''}$	$W_5 +_5$	$W_{10} +_5$	$W_{15} +_5$	$W_{20} +_5$	$W_{25} +_5$	30' später W_0	+ 24 h W_1
1. Tal—Ränzel	Freund $_{5 \cdot 0}$ —	Frühling $_{2 \cdot 0}$ —	0 —	2 . 0	1 . 0	2	1	2
2. Rumpf—Idee	$0_{8 \cdot 0}$ —	2 . 0	2 . 0	2 . 0	3 . 0	2	2	1
3. Verdienst—Schachtel	Freund $_{7 \cdot 0}$ —	Hütte $_{2 \cdot 0}$ —	Frühling $_{4 \cdot 0}$ — Hütte —	2 . 0	3 . 0	2	2	1
4. Farbe—Freund	Ich habe keine Ahnung $_{7 \cdot 0}$ —	Frühling $_{5 \cdot 0}$ —	3 . 0	3 . 0	2 . 0	2	3	1
5. Gattung—Frühling	4 . 0	0 —	3 . 0	6 . 0	3 . 0	2	1	1
6. Mond—Bogen	2 . 0	2 . 0	2 . 0	2 . 0	2 . 0	2	1	1
7. Prinzip—Hütte	Freund $_{3 \cdot 0}$ —	$0_{10 \cdot 0}$ —	0 —	3 . 0	3 . 0	6	4	6
8. Wärme—Pflaume	4 . 0	$0_{10 \cdot 0}$ —	3 . 0	2 . 0	4 . 0	3	3	2
9. Behälter—Eid	2 . 0	2 . 0	3 . 0	1 . 0	3 . 0	3	1	2
	$A = {}^4/_9$	$A = {}^3/_9$	$A = {}^6/_9$	$A = {}^9/_9$	$A = {}^9/_9$	$A = {}^9/_9$	$A = {}^9/_9$	$A = {}^9/_9$

Wie aus der Untersuchung ersichtlich, erfolgten nach 15 Vorführungen, bei der dritten Ausfragung, richtige Reproduktionen zu $^2/_3$, nach weiteren fünf Vorführungen, bei der nächsten Ausfragung, zu $^9/_9$ der sinnlosen Wortverbindungen. Dieser volle Umfang der Reproduktionsfähigkeit bleibt denn auch bei den weiteren zehn Vorführungen erhalten, während die mittlere Dauer der Reproduktionen Schwankungen aufweist und dieselben im allgemeinen innerhalb der zweiten bis dritten Sekunde erfolgen. Nach einer halbstündigen Pause —, deren erste und letzte fünf Minuten tatsächliche Ruhepausen sind, die mittleren 20 Minuten hingegen mit Ausfragung früher erlernter sinngemäßer Serien ausgefüllt werden, — wird ohne erneuerte Vorführung wieder ausgefragt, wobei Umfang noch immer $^9/_9$ ist, während die Reproduktionsdauer sich entschieden verkürzt hat. Nach ferneren 24 Stunden ist die Festigkeit der erworbenen Übung noch hinreichend, um auf einmalige Vorführung wieder $A = {}^9/_9$ zu resultieren, wobei die meisten Reproduktionen noch immer gegen das Ende der ersten Sekunde fallen.

Nun gibt es für das Behalten des s i n n l o s e n Materials hauptsächlich zwei Möglichkeiten, und zwar handelt es sich a) entweder um ein rein p e r z e p t i v e s E i n p r ä g e n auf visueller, akustischer, motorischer oder gemischter Grundlage, oder b) es handelt sich um m i t t e l b a r e A s s o z i a t i o n e n, die zwischen den unzusammenhängenden Stich- und Paarworten künstlich und in aller Eile gebildet werden.

Als die Prüfung auch nach 24 Stunden so auffallend günstig ausfiel, fragte ich den trotz seiner vorgeschrittenen Demenz ganz komponierten Kranken, wie er es angestellt hatte, sich die schweren Wortpaare zu merken.

Nun gab er folgende Erklärung für die einzelnen Wortpaare ab, die ich hier genau wiedergebe:

1. Bei Tal-Ränzel stellte ich mir einen Wanderer vor, der sein Ränzel, ins Tal gelangt, ablegt.

2. Bei Rumpf-Idee dachte ich: Rumpf-Kopf-Idee.

3. Bei Verdienst-Schachtel dachte ich an folgendes: ein kleines Verdienst hat Raum in einer Schachtel.

4. Bei Farbe-Freund dachte ich: — [hier muß ich bemerken, daß das ungarische szin (lies: ssien) auch oberflächlichen Schein bedeutet] — „bei uns hier ist Freundschaft bloß Schein".

5. Bei Gattung (Art) - Frühling dachte ich an die Vermehrung der Arten, die im Frühling vor sich geht.

6. Bei Mond-Bogen (ident. Violinbogen) dachte ich an Musik mit Violin nebst Bogen im Mondschein.

7. Bei Prinzip-Hütte dachte ich daran, daß, wer an Prinzipien festhält, kein Haus bauen kann, sondern in der Hütte feststeckt.

8. Bei Wärme-Pflaume dachte ich an den Sommer, der die Pflaumen reift.

9. Bei Hülse (Behälter) - Eid dachte ich an den jüdischen Eid, der in einer kleinen Hülse an den Türpfosten befestigt wird (die Mesusa).

Diese Erklärung zeigt deutlich, daß beim Patienten trotz Demenz, Dysarthrie und verschiedenen zweifellosen Symptomen der organischen Hirnerkrankung nicht nur die Merkfähigkeit, die Lernfähigkeit und die konservierende Kraft des Gedächtnisses in einem gewissen Grade erhalten ist, sondern daß beim Kranken neben den Wortvorstellungen, die er auffaßt, begleitende visuelle Vorstellungsbilder auftreten, und daß er imstande ist, sich während des Verlaufs der Untersuchung logische, vermittelnde Zwischenglieder zwischen sonst logisch nicht zusammenhängenden Wortvorstellungen, und zwar vorzüglich mit Zuhilfenahme dieser visuellen Assoziationen, zu bilden, und dieselben fest und dauernd zu fixieren.

Am selben Patienten, dessen Krankheitsbild im zweiten Teile ausführlicher behandelt werden soll, habe ich auch Versuche mit sinnlosen Silbenreihen, und zwar sowohl hetero-, als homogener Struktur angestellt. Wirkten aber bei diesem Patienten sämtliche Lernversuche mit sinnlosem Material in dem Sinne ermüdend, daß Patient, wie mir seine Frau nachträglich mitteilte, nachher zu Hause erregter war, leichter weinte und lachte und beim Nachhausegehen unzweifelhaft Symptome physischer Ermüdung zeigte, die beim Kommen zur Untersuchung durchaus gefehlt hatten, so war dies an den Tagen mit Erlernen von sinnlosen Silbenpaaren in viel stärkerem Maße der Fall. Bei diesen war die Aufregung schon während des Versuchs ganz unverkennbar, demzufolge ich es mir auch nicht erlaubte, die Untersuchung so weit fortzusetzen, als dies im Interesse der Frage selbst notwendig gewesen wäre.

3. Quantität des Lernstoffes. Übung und Ermüdung.

Sehr wichtig für das Ergebnis der Untersuchung ist es, aus wieviel Wortpaaren je eine Serie besteht, und wie viele Serien nachein-

ander eingeprägt werden sollen. Während z. B. ein in vorgeschrittener Verblödung befindlicher Paralytiker aus einer Serie von neun Wortpaaren sofort nach der Einprägung nur ein Paarwort oder kein einziges zu reproduzieren vermag, die Untersuchung also anscheinend das Ergebnis Null feststellt, wird derselbe Paralytiker ev. aus einer Serie von sechs Wortpaaren noch zwei bis drei Wortpaare, also 33—50 %, aus bloß drei Wortpaaren ev. $^{2}/_{3}$, d. h. 66,6 % richtig erfassen und reproduzieren.

Nach längere Zeit hindurch fortgesetzten Untersuchungen an Normalen fand ich es am zweckmäßigsten, *bei Untersuchungen mit optischer Vorführung der Reize Serien von neun Wortpaaren als Norm zu verwenden, und bei einer jeden Untersuchung nacheinander womöglich sieben Serien einzuprägen, wobei jede Serie nach ihrer Einprägung auszufragen ist, bevor an die Erlernung der nächsten geschritten wird.* Aus der Einprägung und Reproduktion von sieben Serien, d. h. 63 Wortverbindungen läßt sich in den meisten Fällen ein annähernd charakteristisches Bild des unmittelbaren Gedächtnisses des Patienten gewinnen.

Bei Gesunden recht selten, bei Kranken dagegen recht häufig zeigt sich die Erscheinung *der mit der Arbeit wachsenden Übung*, indem die erste Serie, trotz vollkommenen Verständnisses für die Aufgabe, schwache, die folgenden stets bessere Resultate ergeben.[1])

Bei Anwendung von sieben bis acht Serien sind wir häufig auch imstande, neben der Übung auch die eventuell gesteigerte *geistige Ermüdbarkeit* des Patienten festzustellen, wie denn überhaupt manchmal der Gang der Untersuchung gleichzeitig den Verlauf der *geistigen Arbeitskurve* des Individuums widerspiegelt.

Als Beispiele seien folgende Fälle von Neurasthenie angeführt:

Dr. A. X, Arzt, 26 Jahre alt, hereditär stark belastet, leidet seit Jahren an äußerst leichter Erschöpfbarkeit, die ihn zu jeder Arbeit angeblich unfähig macht. Infolgedessen ziemlich hochgradige gemütliche Depression, Suicidgedanken. Schlafhypochondrie. Patient gibt an, daß bei ihm stets drei bis vier arbeitsunfähige Tage mit ein bis zwei arbeitsfähigen Tagen abwechseln. Die erste Untersuchung ergibt ein recht günstiges Resultat, indem 80,1 % des einmal vorgeführten Materials mit der mittleren Reproduktionsdauer von 1,34″ reproduziert werden, ohne daß es zur Ermüdung käme.

Nun ergibt die Merkfähigkeit:

am 4. April 1902										am 8. April 1902									
S_1	1	1	1	1	2	1	1	a_4	3	S_8	1	2	0	1	a_7	2	1	1	a^2/C
S_2	2	a^6/C	1	0	1	1	2	0	a^3/C	S_9	a_2	a_1	a_{10}	a_3	1	1	2	1	5
S_3	7	1	1	1	a_4	3	2	1	1	S_{10}	0	1	1	1	0	0	1	1	1

[1]) Für Gesunde ist die zu bewältigende Aufgabe meist zu leicht, so daß dieselbe von Anfang an entsprechend bewältigt wird, daher auch der Übungsfortschritt nicht recht zur Geltung kommen kann.

S_4	1	2	a_4	0	2	1	1	1	1
S_5	1	1	a_8	1	1	1	1	1	1
S_6	1	1	3	a_6	1	1	1	1	2
S_7	1	1	1	1	a^4/C	a_1	1	a_{10}	a_4

S_{11}	2	5	2	a^1/C	1	4	a_{10}	a_1	4
S_{12}	0	1	2	0	a_4	a_5	a_4	3	11,

klagt, daß ihn das Aufmerken sehr anstrengt

S_{13}	a^1/C	a_1	a_6	a_1	0	1	8	3	0,

ist nicht imstande, weiter aufzumerken, weshalb die Untersuchung eingestellt wird.

Der Arbeitsverlauf bei der ersten Untersuchung ist bezüglich des Gedächtnisumfanges der einzelnen Serien:

$8,\ 5 + {}^2/_2,\ 8,\ 7,\ 8,\ 8,\ 5 + {}^1/_2.$

Bei der zweiten Untersuchung hingegen:

$6 + {}^1/_2,\ 5,\ 6,\ 6 + {}^1/_2,\ 4,\ 3,$ also eine mit Arbeitsunfähigkeit endende Ermüdungskurve. Aber auch in den stets längeren Reproduktionszeiten ist die Ermüdung ausgeprägt. $U = 58{,}3\%$, Reproduktionsdauer: 2,37″.

Ich bemerke, daß Patient nach einer sich auf fast vier Jahre erstreckenden vorwiegend psychotherapeutischen Behandlung, bei der das Hauptgewicht auf das Nichtaussetzen der geistigen Beschäftigung — Patient wollte zum mindesten die ärztliche Laufbahn verlassen — gelegt wurde, sich gänzlich erholte, und trotz anfänglicher Klagen sich nunmehr seit drei Jahren als Zahnarzt tüchtig behauptet, dabei sich auch literarisch betätigt.

Ähnlich verhält es sich mit einem Fall von traumatischer Neurose, den ich erst jüngst untersuchte.

Der 37 Jahre alte Patient, Beamter, war Mitte Februar d. J. überfallen und, wahrscheinlich mittels einer Hacke, am Schädel verwundet worden, wobei er das Bewußtsein nicht verloren zu haben meint. Pupillendifferenz, normale Reaktion, gesteigerte Sehnenreflexe, verlangsamte, erschwerte Sprache, Kopfdruck, Kopfschmerzen, Gefühl inneren Zitterns, angebliche Arbeitsunfähigkeit.

a_n bedeutet die Trefferzeit der unrichtigen Assoziationen (Reproduktionen).

Untersuchung am 23. April 1906 mittels optischer Vorführung.
Expositionszeit $2^1/_4$ Sek.

S_1 (A=4)	S_2 (A=6)	S_3 (A=7)	S_4 (A=5)
1·4	$a_{5\cdot0}$	3·2	2·2
1·6	1·4	$a_{10\cdot8}$	1·6
4·0	1·4	7·6	2·4
$0_{5\cdot4}$	2·6	$a_{2\cdot6}$	$a_{2\cdot4}$
3·4?	4·4	3·4	2·2
$0_{6\cdot2}$	$0_{5\cdot6}$	5·0	$a_{1\cdot8}$
$a_{1\cdot4}$	4·0	2·2	0
$a_{1\cdot8}$	$0_{6\cdot8}$	15·0	$a_{3\cdot0}$
$a_{3\cdot8}$	1·8	5·2	15·2

S_5 (A=4)	S_6 (A=3·5)	S_7 (A=2·5)
1·6	2·2	$a_{1\cdot6}$—?
1·4	$a_{2\cdot8}$	$a_{3\cdot6}/C_{4\cdot2}$
3·2	$a_{4\cdot0}$	$a_{1\cdot8}$
$a_{2\cdot4}$?	$a_{5\cdot8}$	0·6
$a_{2\cdot6}$ $C_{3\cdot4}$	4·2	0·0
$0_{8\cdot6}$	$0_{6\cdot6}$	$a_{1\cdot8}$
$0_{7\cdot0}$	$0_{6\cdot6}$	$a_{1\cdot6}$
1·8	$0_{8\cdot4}/C_{2\cdot4}$	$0_{7\cdot6}$
$a_{1\cdot2}$	2·2 wird es nicht zuviel? bitte, mein Kopf schmerzt.	5·2

Der Umfang der Merkfähigkeit nach den einzelnen Serien gesondert beträgt der Reihe nach: 4, 6, 7, 5, 4, 3,5, 2,5.

Schon gegen Ende der sechsten Serie tritt die Ermüdung mit starken Unlustgefühlen und Schweißausbruch stark in den Vordergrund.

Chemiker J. H. 33 Jahre alt, Neurastheniker mit vorwiegend zerebralneurasthenischen Symptomen. Seit Jahren überarbeitet, ohne Erholung.

Untersuchung am 30. November 1901:

S_{19}	7	1	0	1	0	0	1	6	1
S_{20}	a_1	a_8[1]	1	0	1	1	a_2	1	a_2
S_{21}	1	1	1	2	1	1	1	a_4	1
S_{22}	2	1	a_6	0	1	1	2	1	a_1/c
S_{23}	1	2	a_3	1	a_1	a_1	2	a_{10}	1
S_{24}	1	a_1	a_1	1	a_1	a_3	1	a_1	1
S_{25}	1	a_7	a_1	a_1	a_3	0	a_1	1	1

Hier geht also die Umfangskurve, abgesehen von der Serie 20, bei der eine Störung das Ergebnis sichtlich beeinflußte, ebenfalls typisch rasch in Ermüdung über und zwar ist die Kurve: 6, 4, 8, 6,5, 5, 4, 3.

Bei Gesunden kommen derartige abfallende Kurven unter ähnlichen Bedingungen überhaupt nicht, höchstens unregelmäßige Schwankungen vor, vorausgesetzt, daß die Untersuchung sich auf nicht mehr als sieben bis acht Serien erstreckt. Die Dauer einer solchen Untersuchung beträgt bei einiger Übung seitens des Prüfenden bei optischer Vorführung 20—30 Minuten, bei akustischen Methoden bedeutend weniger.

Die Erkennbarkeit der Ermüdung in der Reproduktionsdauer kommt durchaus nicht immer, so z. B. in den beiden letztangeführten Fällen überhaupt nicht zum Ausdruck.

Bei Anwendung der *akustischen oder akustisch-motorisch-akustischen Methode ist es, besonders bei Geisteskranken, immer zweckmäßig, die Untersuchung mit Serien von drei Wortpaaren zu beginnen, hernach auf Serien von sechs Wortpaaren überzugehen und Serien aus neun Wortpaaren nur anzuwenden, wenn die Prüfung bei sechs Wortpaaren nennenswerte Resultate ergeben hat* (s. Referat im Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1903, S. 347), wie dies auch von Herrn Dr. v. Leupoldt in der Gießener Klinik für psychische und nervöse Krankheiten mit Erfolg angewendet wurde (s. dieses Werk, Bd. I, S. 137 usw.).

[1]) Kurze Unterbrechung der Ausfragung infolge äußerer Störung.

Dasselbe ist auf Untersuchungen an Kindern und ungebildeten Erwachsenen anzuwenden. In all diesen Fällen pflegt mit dem Anwachsen der Zahl der Wortpaare über sechs entweder der Umfang der richtigen Reproduktionen abzunehmen, oder verlängert sich die Dauer derselben, oder aber stellen sich beide Formen der Abnahme der Leistungsfähigkeit nebeneinander ein.

4. Die Bedeutung der Latenz- oder Zwischenzeiten (des Intervalls zwischen Einprägung und Ausfragung).

Die Bedeutung des Intervalls (L) für die Festigkeit der Assoziationen, also für die Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses, fängt an, eine der meistumstrittenen Fragen der Gedächtnispsychologie zu werden. Einen Überblick über die diesbezüglichen Arbeiten gibt Poehlmann.[1])

Ohne mich nunmehr hier in rein psychologische Streitfragen vertiefen zu wollen, muß ich doch besonders hervorheben, daß es mir schon von meinen allerersten Versuchen her auffiel, daß eine gewisse Pause nach der Einprägung eingehalten werden muß, da ansonst, d. h. bei Beginn der Ausfragung sofort nach Abschluß der Einprägung, die Prüfung meist unvergleichlich schlechtere Resultate ergibt, als einige Sekunden später. Infolge dieser Erfahrung setzte ich denn auch als normative Zwischenzeit schon in meiner Publikation über die Messung des Gedächtnisses[2]) sechsSekunden fest. Empirisch fand ich diesen Zeitraum für genügend lang, um die eigentümliche, nach Schluß der Einprägung bestehende Hemmung abklingen zu lassen, und für genügend kurz, um sowohl das Einsetzen eines intensiveren neuen Vorstellungsverlaufes, als auch ein entschiedenes Verblassen der eingeprägten Assoziationen zu verhindern. Im allgemeinen hat sich diese meine Auffassung im Laufe der seither verflossenen sechs Jahre vollkommen bestätigt, was selbstredend nur für die Fälle gilt, wo es sich um Serien aus neun sinnvollen Wortpaaren, à ca. zwei Sekunden exponiert, handelt. Also: ein kurzes, sechs bis zehn Sekunden lang dauerndes Intervall fand ich bei kurzen Serien aus sinnvollem Material zur Prüfung des unmittelbaren Behaltens notwendig.

Daß aber häufig auch bedeutend längere Pausen eher einen günstigen, als einen nachteiligen Einfluß auf die Reproduzibilität ausüben, zeigt deutlich folgendes auch ansonst lehrreiches Beispiel:

---

[1]) Exp. Beiträge z. Lehre v. Gedächtnis, Berlin 1906. S. 82—86.

[2]) Apparat u. Methode z. Untersuch. des Gedächtn. f. med. u. pädag.-psychol. Zwecke, Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. X S, 329.

Herr Dr. H. H., Advokaturkandidat, 26 Jahr alt, Neurastheniker.
Latenzzeit 10 Sekunden.

S_1	S_2	S_3	S_4	S_5	S_6	S_7
$a_{2 \cdot 2}$/C	1·2	1·2	1·4	2·0	1·2	1·4
1·4	1·2	1·4	0·8	–4·4–	1·2	2·2
1·4	1·0	1·0	1·2	1·2	$a_{4 \cdot 8}$ –	1·4
1·2	1·4	1·8	1·2	1·2	1·8	1·8
1·4	–5·8	1·4	0·8	1·8	$0_{7 \cdot 8}$	1·4
$0_{7 \cdot 0}$	1·6	1·6	–5·2–	5·2	$0_{5 \cdot 8}$	$0_{5 \cdot 8}$
1·8	1·2	1·2	2·0	1·2	1·8	$0_{7 \cdot 2}$
–4·2–	1·4	1·8	1·2	1·6	1·4	1·2
1·4	1·4	1·6	1·4	4·4	1·2	1·4

Patient gibt an, durchaus nicht ermüdet zu sein. Die Untersuchung wird daher sofort weitergeführt.

S_8 L = 2 Minnten	S_9 L = 2 Minuteu	S_{10} L = 3 Minnten
1·2	1·6	1·4
1·4	1·2	5·2
1·4	1·2	1·2
2·6	1·4	4·4
1·4	1·4	4·2
$a_{5 \cdot 6}$	1·8	1·4
1·8	2·2	0·8
$0_{5 \cdot 0}$	1·8	1·4
$a_{5 \cdot 6}$	1·2	1·2

Prüfung nach 24 Stunden ohne erneuerte Vorführung: (Patient gibt an, sich heute viel wohler zu fühlen als gestern. Gestern abend war ihm nicht sehr wohl, doch schlief er viel und gut, von 1/2 10—8 Uhr).

S_1	S_2	S_3	S_4	S_5	S_6	S_7	S_8	S_9	S_{10}
2·8	–4·2–	1·8	3·4	3·0	$a_{5 \cdot 2} + c_{2 \cdot 6}$	6·4	1·6	$0_{5 \cdot 4}$	$a_{3 \cdot 2}$
1·8	3·2	$a_{2 \cdot 4}$	3·2	$a_{2 \cdot 4}$	2·2	4·0	$0_{9 \cdot 0}$	1·4	$0_{6 \cdot 6}$
1·6	3·6	4·2	2·4	$0_{8 \cdot 6}$	$0_{5 \cdot 6}$	5·2	2·2	1·4	2·6
3·4	1·6	1·6	1·4	2·0	6·0	$0_{5 \cdot 6}$	$0_{8 \cdot 0}$	1·6	$0_{9 \cdot 8}$
$0_{7 \cdot 4}$	$0_{6 \cdot 2}$	4·6	2·2	$0_{9 \cdot 6}$	$0_{7 \cdot 6}$	$0_{5 \cdot 0}$	$0_{5 \cdot 4}$	2·4	2·8
$0_{8 \cdot 2}$	2·0	$0_{7 \cdot 4}$	$a_{6 \cdot 4}$	$a_{6 \cdot 4}$	$0_{8 \cdot 0}$	$a_{5 \cdot 0}$	$a_{2 \cdot 8}$	1·6	2·0
$0_{6 \cdot 0}$	$a_{6 \cdot 2}$	2·2	$a_{9 \cdot 4}$	2·8	$a_{3 \cdot 6}$	$a_{9 \cdot 2}$	2·4	1·8	1·8
2·6	2·8	8·4	1·8	$0_{6 \cdot 8}$	2·8	2·2	$0_{6 \cdot 2}$	1·6	4·4
3·2	1·4	$0_{8 \cdot 6}$	2·4	4·2	3·6	3·4	$a_{3 \cdot 2}$	2·8	1·6

Das Resultat der Untersuchung am ersten Tage war für die Serien mit der Zwischenzeit von 6″ Pause 82,54 + C0,79, d. h. Umfang = 83,33, mittlere Reprodnktionsdaner = 1,53″. Am zweiten Tage, ohne W, war Umfang 60,31 + 0,79 = 61,10, Reproduktionsdauer = 3,9″. Die konservierende Kraft des Gedächtnisses für 24 Stunden betrug demnach bezüglich des Umfanges 73,65 %, wogegen die Verlangsamnng der Reproduktion fast genau das Doppelte der ursprünglichen Dauer betrug. wenn wir bloß das Ergebnis der ersten sieben Serien mit der Zwischenzeit von sechs Sekunden in Betracht ziehen. Für die drei Serien mit der Zwischenzeit von zwei bis drei Minuten separat berechnet, beträgt am ersten Tage der Umfang 88,88 %, also mehr

als für die Serien mit kürzerer Zwischenzeit, wogegen die mittlere Reprodnktionsdauer etwas länger, nämlich 1,85" gegen 1,53" bei den ersten sieben Serien ist. Man könnte behaupten, die verlängerte Reproduktionszeit käme daher, daß das arithmetische Mittel bei den ersten sieben Serien ans 52, bei den drei letzteren Serien ans bloß 24 Werten berechnet ist, infolgedessen die letztere durch eventuelle höhere Werte in bedeutenderem Maße als die erstere vergrößert wird. Nehmen wir aber in Betracht, daß auf die 52 Worte der ersten Serien mit knrzer Zwischenzeit insgesamt nur drei Reproduktionen entfallen, deren Daner über die zweite Seknnde hinaus ragt, nnd zwar mit 5,2, 4,4 und 2,2 Sekunden, während bei den drei Serien mit der Zwischenzeit von zwei bis drei Minnten anf 24 Reproduktionen fünf solche mit längerer Dauer, und zwar diejenigen von 2,6, 2,2, 5,2, 4,4 nnd 4,2 entfallen, so glanbe ich wohl annehmen zu können, daß *eine Zwischenzeit von 2—3 Minnten zwischen Einprägung und Ausfragung anf das unmittelbare Behalten nicht nnbedingt schädigend, ev. sogar fördernd wirkt, was in der Znnahme des Umfanges zum Ausdruck kommt*, wobei aber dennoch der Einfluß der längeren Zwischenzeit in der erschwerten Reproduzibilität, also in der Verlängerung der benötigten Reproduktionsdauer znm Vorschein kommen kann.

Ebensowenig zeigt sich irgendein entschiedener Nachteil des größeren Intervalls bei der wiederholten Prüfung nach 24 Stnnden. Und zwar ist nun der Umfang der drei letzten Serien 63,0 gegen 88,8 vom Tage vorher, d. h. Mc = 70,8 % (bei den sieben ersten Serien 73,6 %), die Reproduktionsdauer 2,3" gegen 1,85" des vorherigen Tages. Die Verlangsamung der Reproduktionsdauer nach 24 Stunden war also nicht so groß als die der ersten Resultate, bei denen vielleicht ohne Wissen des Patienten dennoch eine gewisse Ermüdung der Assoziation mitgewirkt haben mag.

Gilt dies für gewisse Fälle, so müssen wir dennoch im allgemeinen die Regel aufrecht erhalten: *Je länger die Zwischenzeit ist, nm so deutlicher scheint die Schädignng der Reproduzibilität zutage zu treten.*

Zum Beweis folge hier folgendes Bespiel:

J. X., Geistlicher, 30 Jahre alt, Lues Cerebri, leichter Schlaganfall, Ptose, Facialisparese, Doppeltsehen, Vergeßlichkeit, erschwerte Sprache und verlangsamtes Denken. Besserung der Symptome auf wiederholte Innnktionskur. Untersuchung im Stadium der Besserung.

Untersuchung am 28. März 1905.
L (Zwischenzeit) = 6 Sekunden.

S_{10}	S_{11}	S_{12}	S_{13}	S_{14}
1·2	$a_{2\cdot0}$	0·8	1·4	1·2
1·2	1·6	1·6	1·6	1·4
1·4	1·2	1·4	1·6	1·2
$a_{5\cdot0}$	1·2	1·4	1·2	$a_{2\cdot0} - C_{2\cdot4}$

S_{10}	S_{11}	S_{12}	S_{13}	S_{14}
1·2	1·2	1·6	1·2	1·6
$a_{1\cdot6}$	1·6	1·2	1·2	1·8
$a_{2\cdot6}$	1·4	1·4	1·2	2·2
1·2	$a_{1\cdot6} - C_{0\cdot8}$	1·2	1·4	$a_{14\cdot2}$
1·4	1·2	1·2	1·2	1·4

Nach 5 Minuten Pause:
L = 2 Minuten.

Nach weiteren 5 Minuten:
L = 5 Minuten.

S_{15}	S_{16}	S_{17}	S_{18}	S_{19}	S_{20}
3·6	1·4	2·0	2·2	6·6	$a_{2\cdot4}$
1·4	1·4	1·6	1·6	$a_{2\cdot2}$	1·8
1·2	$a_{1\cdot4} - C_{2\cdot8}$	1·6	$a_{2\cdot8}$	1·8	0
$a_{4\cdot6}$	1·8	0	$a_{2\cdot0}$	1·8	2·2
1·6	$a_{2\cdot2} - C_{1\cdot6}$	$a_{2\cdot8}$	$a_{2\cdot4}$ – C	1·6	2·2
1·8	1·6	1·2	3·2	1·2	1·4
2·2	1·4	2·2	1·4	2·2	$a_{2\cdot6}$
$a_{14\cdot2}$	2·0	1·6	1·6	$a_{1\cdot8}$	1·8
1·4	2·2	$a_{1\cdot6} - C_{0\cdot8}$ „Nicht müde".	1·4	$a_{2\cdot6}$	2·6 „Nicht müde".

Das Ergebnis ist

bei Zwischenzeit von 6 Sekunden: Umfang: 86,7 % R.dauer 1,36 Sekunden
„ „ „ 120 „ „ 79,6 % „ „ 1,76 „
„ „ „ 300 „ „ 68,5 % „ „ 2,09 „

Hier nimmt also parallel dem Anwachsen der Zwischenzeit der Umfang entschieden ab, die Reproduktionsdauer entschieden zu.

Geben wir der Leistung des Gedächtnisses in unserer anfangs erwähnten Formel Ausdruck, so ergibt sich bei

$$L\ 6\ \text{Sekunden}\quad M = \frac{86{,}7}{1{,}36} = 65{,}2$$

$$L\ 120\ \text{„}\quad M = \frac{79{,}6}{1{,}76} = 45{,}2$$

$$L\ 300\ \text{„}\quad M = \frac{68{,}5}{2{,}09} = 32{,}8$$

Bei der Verlängerung der Zwischenzeit von sechs Sekunden auf fünf Minuten hat demnach die Leistung der Merkfähigkeit fast genau um 50 % des ursprünglichen Wertes abgenommen.

5. Bedeutung der Einwirkungsdauer der Reize:

Von einer eigentlichen Einwirkungsdauer der Reize kann unter den aufgezählten Methoden nur bei den optischen die Rede sein. Bei der akustischen dauert die Einwirkung — sensu strictiori — so lange, als das Aussprechen des einzuprägenden Wortes, Wortpaares usw. währt, und ist es selbstredend, daß dieses Vorsagen in seinem Tempo nur innerhalb äußerst geringer Grenzen variieren kann, da jedes allzu rasche Sprechen schon die richtige Perzeption unmöglich macht, ein allzu gedehntes Vorsprechen dagegen infolge seiner Unnatürlichkeit eine Ablenkung der Aufmerksamkeit hervorruft. Hier kann und darf die Variation der Einwirkung demnach nur in der Dauer der Pause

zwischen den beiden assoziierten Worten sowie in derjenigen zwischen den verschiedenen Wortpaaren, aus denen die Serie besteht, zur Anwendung kommen.

Als am zweckmäßigten erwies sich hier ein Tempo, bei welchem das Aussprechen der beiden Worte insgesamt 1—1·2 Sekunden erfordert und hernach zwischen den einzelnen Wortpaaren je eine Pause von 0·8—1 Sekunde, so daß z. B. das Vorsagen einer neuner Serie insgesamt ungefähr 20 Sekunden in Anspruch nimmt. Es ist dies gleichzeitig das selbstverständliche Tempo des deutlichen, betonten Sprechens, wobei zu bemerken ist, daß es sich bei unserem Material um Assoziationen aus je drei Silben (ein einsilbiges und ein zweisilbiges Wort) handelte. Sollten daher Wortpaare aus je zwei zweisilbigen Worten gewählt werden, so würde sich die genannte Einwirkungszeit um ein geringes erhöhen. Ferner ist dies nur für die bloß akustische Methode gültig, da bei der akustisch-motorisch-akustischen Methode ungefähr dieselbe Dauer, d. h. eine Sekunde für das Nachsprechen seitens der Versuchsperson und eine Sekunde Pause zwischen dem Nachsprechen und dem Vorsprechen der nun folgenden Assoziation belassen werden soll.

Die Einübung, die dazu erforderlich ist, um Wortpaare, inbegrifflich die zugehörige Pause, im Takte von à 2 Sekunden ohne Metronom mit annähernder Genauigkeit vorzusprechen, ist mit Leichtigkeit zu erwerben.

Was nun die Expositionsdauer optisch vorgeführter Reize betrifft, so ist dieselbe mittels entsprechender Einrichtungen höchst variabel. Es läßt sich sehr leicht erkennen, daß eine allzu kurze Exposition die Resultate sehr beeinträchtigt und bei sinnvollem Material außerdem noch höchst ungleichartig macht, während allzulange Dauer einerseits Gelegenheit zum Entweichen der Aufmerksamkeit bietet, andrerseits auch einer effektiven Wiederholung des Reizes gleichkommen kann.

Bei entsprechenden Versuchen mit dem Mnemometer stellt es sich bald heraus, daß schon eine Drittel Sekunde zur Perzeption der beiden Teile des Wortpaares vollkommen genügend ist. Wünschen wir jedoch mit einiger Sicherheit, daß mindestens $^7/_9$ der Paarworte einer Neunerserie nach einem Intervall von sechs Sekunden richtig und zwar innerhalb der beiden ersten Sekunden, reproduziert werden, so ist selbst in günstigen Fällen eine Expositionsdauer von einer vollen Sekunde, ja zumeist auch von 1·5 Sekunden, hierzu nicht genügend. Der Untersuchte bedarf eben außer der zur optischen Perzeption der Worte benötigten Zeit ebenso, wie der mittels der akustischen Methode zu Prüfende, einer gewissen, relativ recht beträchtlichen Zeit zur Assimilation der perzipierten Teile des Wortpaares und zum Begreifen ihrer assoziativen Verwandtschaft, das ihm eben — gegenüber den sinnlosen Wortverbindungen — die Reproduktion erleichtert, indem es den Kreis der möglichen Assoziationen

zum Stichwort äußerst einschränkt, bzw. die Assoziation zu einer eindeutig bestimmten prägt.

Die **apperzeptive Pause** mag bei der optischen Einwirkungsdauer von zwei Sekunden pro Wortpaar ung. $^{2}/_{3}$ dieser Zeit für sich beanspruchen, da die assimilative Erfassung der beiden Worte an und für sich, zum mindesten 0·6—0·8 Sekunden verlangt. Mag man wie immer über die Apperzeption denken, der Versuch zeigt deutlich, daß die optische Perzeption der Buchstaben, sowie auch die assimilative der ganzen Worte als solcher zur Einprägung ins Gedächtnis eben des normalen, intelligenten Erwachsenen nicht genügend ist, sondern der gegenwärtige Reiz oder Reizkomplex mit möglichst vielen verwandten Vorstellungsdispositionen der Vergangenheit sich vereinigen muß, um in den geistigen Besitz des Individuums auch nur für kurze Zeit übergehen zu können.

So ist z. B. bei dem gewesenen Assistenten der psychiatrischen Klinik, Herrn Dr. G. Sipöcz, bei der Einwirkungsdauer

von einer Sekunde:										von zwei Sekunden:									
S_1	1	1	—	5	1	1	—	1	1	S_1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
S_2	1	1	1	1	11	—	—	1	1	S_4	1	1	1	1	1	1	1	—	1
S_3	1	—	1	2	3	2	—	2		S_5	1	1	1	1	1	1	1	2	2
										S_6	1	1	4	1	1	1	1	1	1
Bei Herrn Sekundararzt Dr. F. Obál:																			
S_1	3	—	1	C	—	—	—	—	—	S_3	1	1	1	1	1	1	1	1	—
S_5	1	—	1	5	—	—	—	—	1	S_8	1	1	1	1	1	1	1	1	—
S_7	12	1	4	—	1	—	—	1	1	S_9	1	2	1	1	1	2	1	2	2
S_{10}	—	1	—	1	1	—	2	1	3	S_{17}	1	1	1	5	1	1	1	1	1
S_{11}	1	1	1	1	4	—	2	—	—	S_{18}	1	1	1	1	1	1	1	1	—
S_{12}	—	—	—	—	5	2	15	—	1										
Bei Herrn Dr. Ringer:																			
S_1	8	—	—	1	1	1	2	—		S_2	1	1	4	1	1	1	1	1	1
S_8	1	2	1	11	—	1	—	—	1	S_5	1	1	1	—	3	1	2	—	1
										S_9	1	1	1	1	1	3	1	1	1
										S_{15}	1	1	1	1	1	1	1	1	1
										S_{16}	1	1	1	1	—	2	2	C	1
Bei stud. phil. Frl. V. Glück:																			
S_5	1	1	3	—	1	—	—	1	—	S_1	1	1	1	1	—	1	—	1	1
S_6	1	—	—	5	1	—	—	—	C	S_2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
S_7	1	C	—	—	2	1	—	1	1	S_3	1	—	1	1	1	1	1	9	—
S_9	1	1	—	5	3	2	—	1	1	S_4	1	1	1	1	1	4	1	1	1 usf.

Bei der Einwirkungsdauer von einer Sekunde wurden demnach insgesamt 59,6 %, bei der Expositionszeit von à 2 Sekunden pro Wortpaar hingegen 88,8 % richtig reproduziert.

Auch die mittlere Reproduktionsdauer entspricht bei annähernder Berechnung im ersteren Falle durchschnittlich 2·2, im letzteren 1·2 Sekunden.

Handelt es sich um gänzlich ungebildete, eben nur des Lesens kundige Versuchspersonen, z. B. um Wärter, so zeigt sich die Notwendigkeit einer Auffassungsdauer außer der Wahrnehmungsdauer noch deutlicher, da hier die bloße Wahrnehmung für sich längere Zeit in Anspruch nimmt.

Z. B. Stefan M., 19 Jahre alt, früher Laborant in einer Apotheke, sechs Normalklassen, schreibt, liest, rechnet:

Expositionszeit 2 Sekunden.										Expositionszeit 2 · 5 Sekunden.									
S_1	—	—	—	—	—	3	2	—	5	S_6	1	1	C	—	1	2	—	—	1
S_2	2	—	1	1	2	3	—	—	2	S_7	—	1	—	2	1	—	1	1	1
S_3	—	—	2	—	1	2	1	—	—	S_8	—	8	2	1	1	1	5	3	1
S_4	4	2	1	1	1	—	1	—	2	S_9	1	1	—	2	4	—	1	2	1

Karoline P., 17 Jahr alt, drei Volksschulklassen:

E = 2 Sek.										E = 2 · 5 Sek.									
S_1	—	—	—	1	—	1	—	—	3	S_3	—	—	1	6	5	—	1	1	1
S_9	—	—	3	1	1	—	—	—	—	S_4	1	2	2	1	—	2	1	—	3
S_{11}	—	3	2	—	4	—	—	—	1	S_7	—	2	—	2	1	5	2	1	1
										S_{10}	1	1	—	1	—	—	1	5	1

Diesem Verhalten ähnlich ist nun dasjenige von gebildeten Versuchspersonen mit **pathologisch erschwertem Auffassungsvermögen.**

Besonders deutlich zeigt sich dies bei Herrn Privatbeamten A. G. 33 J. a., hereditär belastet, keine Lues, kein Alkohol, kein Nikotin, leidet seit mehreren Jahren an hochgradiger, durch Chloral, Bromidia, Trional, Sulfonal, Hedonal, Elektrotherapie, Suggestion kaum beeinflußbarer Schlaflosigkeit. Geistige Arbeitsunfähigkeit, wie er meint, eine bloße Folge seiner Schlaflosigkeit. Ist infolge derselben seit sechs Monaten ohne Posten. Auffassungsfähigkeit für mehrstellige Zahlen stark geschwächt. Außer etwas lebhaften Kniephänomenen keine somatischen Veränderungen.

$E_{2\cdot0}''$	S_1	2	$\breve{a}_1$	∼	∼	∼	∼	∼	7	1
	S_2	∼	∼	2	0	∼	0	∼	∼	∼
	S_3	1	$\breve{a}_5$	0	$\breve{a}_3$	1	$\breve{a}_7$	∼	3	1
	S_4	$\breve{a}_2$	∼	∼	$\breve{a}_3$	∼	0	∼	0	· $a_{2,15}$
	S_5	$\breve{a}_3$?	∼	$\breve{a}_{15}$	0	0	∼	1	4	∼
$E_{2\cdot5}''$	S_6	$\breve{a}_{11}$	$\breve{a}_3$?	0	$\breve{a}_3$	1	1	1	a_{11}	1
	S_7	∼	1	∼	a_7	a_3	a_{11}	2	1	∼
	S_8	1	1	a_1	5	1	2(?)	$\breve{a}_{16}$	5(?)	2
	S_9	0	0	2	1	2	2	3	0	2
$E_{2\cdot0}''$	S_{10}	2	2	∼	$\breve{a}_4$	2	a_{11}	4	a_{11}	a_4
	S_{11}	2	0	a_6	∼	∼	0	0	1	2

Das Zeichen ⌣ oder ∼ bedeutet, daß der Untersuchte angibt, sich nicht zu erinnern, das Stichwort überhaupt gesehen zu haben.

Ist nicht müde.

Der **Umfang** beträgt demnach bei den zu 2 Sekunden exponierten Serien je: 3, 1, 4, 0, 2, beziehungweise 4, 3, bei denen zu 2·5 Sekunden je: 4, 3, 7, 6.

In anderen Fällen ist jedoch ein verbessernder Einfluß der Erhöhung der Reizdauer nicht mit Sicherheit oder überhaupt nicht nachweisbar.

Im allgemeinen benutzten wir als Maßstab der Expositionszeit die Auffassungsfähigkeit für zweisilbige Worte. War $^1/_4$ Sekunde Expositionsdauer für die Versuchsperson genügend, um solche Worte in 100 % richtig aufzufassen, so begann ich die Untersuchung des Gedächtnisses mit 2 Sekunden pro Wortpaar, erfolgte die Auffassung der Worte bei $^1/_4$ Sekunde unvollkommen, so begann ich sofort mit $2^1/_2$, ev., bei sehr schlechtem Ergebnis, mit 3 Sekunden.

Bei manchen Versuchspersonen war aber auch die Expositionszeit von 3 Sekunden pro Wortpaar wegen der verlangsamten Auffassungsfähigkeit für optische (graphische) Reize ungenügend. Bei solchen besorgte ich nun die Exposition der Reize in der Weise, daß ich das Metronom abschloß, es durch Eintauchen der Nadel in das Quecksilber auf Schluß einstellte, die Fortbewegnng des Reizes aber durch Stromschlüsse mittels des Morsetasters regulierte, indem ich jedes Wortpaar erst ablesen ließ und sodann noch ungefähr eine Sekunde abwartete, sodann den nachfolgenden Reiz erscheinen ließ usw.

Auf diese Art konnte das Gedächtnis in mehreren Fällen von verlangsamter Anffassungsfähigkeit ohne Schwierigkeiten aufgenommen werden.

6. Wirkung der Wiederholnngen. Lernfähigkeit und Lernfestigkeit bei Geisteskranken. Bedentung der Nnllwerte.

Die kräftigende Wirkung der Wiederholung auf die Einprägung gibt sich auch bei den psychopathologischen Untersuchungen deutlich kund. Und zwar zeigt sich die Wirkung zumeist sowohl in der Zunahme des Gedächtnisumfanges, als anch in Abnahme der Reprodnktionsdaner.

So z. B. bei den Untersnchungen an dem dementen Dr. B. (vgl. S. 372) mit einzelnen Serien aus je sinnvollen neun Wortpaaren, optisch je 2 Seknnden lang vorgeführt (ungarisch) nach sechs Seknnden Zwischenzeit ausgefragt:

a) 30. November 1904. — b) Nach nochmaliger Vorführung von neuem ausgefragt.

	a)									b)								
S_1	1	0	2	0	0	0	2	0	a_4	1	2	2	2	2	0	2	2	2
S_2	2	2	a_4	a_{15}	6	2	7	a_5	2	2	2	2	6	9	1	3	2	1
S_4	2	4	7	1	a_6	a_2	a_3/c	2	2									

c) Nach erneuerter Vorführung das drittemal ausgefragt.

S_1	2	2	2	2	1	3	4	4	1
S_3	4	2	1	2	2	2	2	1	2

d) Bei den folgenden drei Serien erfolgte die Vorführung dreimal nacheinander (w_3) und das Ausfragen sechs Seknnden nach der dritten Vorführung:

S_5w_3	2	2	3	1	6	2	1	0	2
S_7w_3	2	2	1	2	2	5	2	1	4
S_6w_3	1	a_4	a_3	2	2	2	1	a_2	2
S_9w_3	2	a_{10}	1	1	4	1	2	1	1

Den Einfluß einer wiederholten Vorführung auf das Ergebnis der Prüfung nach einer längeren Pause zeigen bei demselben Kranken die folgenden Serien:

2. Dezember 1904.										Nach 3 × 24 Stunden von neuem ausgefragt, und zwar S_{10}, $S_{15}b$ und $S_{17}b$ mit wiederholter Vorführung, die übrigen ohne erneuerte Exp.									
S_9	1	3	1	0	1	a_{13}	2	1	2	w_0	0	3	6	a_{10}	$a_{[illegible]}$	$a_{[illegible]}$	1	2	a_4
S_{10}	2	5	0_{11}	3	a_2	9	a_5	6	0_{12}	w_1	2	1	1	1	2	1	2	2	2
$S_{15}a$	2	2	2	6	2	4	2	0	a_{10}	w_0	4	$a_{[illegible]}$	0_{10}	10	a_5	a_3	8	a_1	$a_{[illegible]}$
$S_{15}b$	a_5	2	2	2	a_{10}	1	2	1	6	w_1	2	1	1	1	2	1	1	1	1
$S_{17}a$	2	1	1	2	2	a_5	3	0	2	w_0	4	5	1	a_1	3	a_5	1	3	9
$S_{17}b$	0	2	0	2	10	a_6	a_7	2	1	w_1	3	1	1	2	2	1	2	2	1

Der fördernde Einfluß der Auffrischung zeigt sich demnach in viel stärkerem Grade, wenn derselbe den schon im Verblassen befindlichen Assoziationen zugute kommt, als bei gehäuften Wiederholungen (s. oben a. b, c und d). Somit ist der von Jost aufgestellte Satz: sind zwei assoziierte Reihen von verschiedenem Alter, aber von gleicher Stärke, so hat eine Neuwiederholung für die ältere Reihe den größeren Wert, auch für Geisteskranke infolge organischer Hirnerkrankung, und mit starker Abnahme der Merkfähigkeit, seine experimentelle Bestätigung erfahren.

Die Hauptrolle kommt den Wiederholungen in jenen Fällen zu, wo es sich um die Untersuchung des eigentlichen Gedächtnisses für fest eingeprägtes, erlerntes, also für den Moment völlig in den geistigen Besitz des Geprüften übergeführtes Material handelt. Dieses wirkliche Erlernen ist eben nur durch wiederholtes Vorführen und Erfassen möglich, also durch eine entsprechende Anzahl von Wiederholungen, wie dies in obigem Falle bei Serie 1 und 2, ferner bei den Versuchen mit sinnlosem Material am selben Kranken (s. oben) der Fall war.

Bei manchen Kranken ist es wohl sehr bald ersichtlich, daß auch eine öftere Vorführung das Resultat weder unmittelbar, noch für später wesentlich verbessert. Dies gilt, ohne meinen späteren Ausführungen vorgreifen zu wollen, am meisten für zerebrasthenische Patienten, an deren übermüdetem Geiste nichts fängt, manchmal, wie es scheint, auch für hysterische Individuen, deren Aufmerksamkeit trotz aufrichtiger Anstrengung fast unzugänglich sein kann. Hingegen ist es beim Paralytiker in den vorgeschrittenen Stadien der Verblödung durchaus nicht selten, daß eine einmalige Vorführung bei sämtlichen Serien Nullresultate ergibt, während wiederholte Vorführung, besonders, wenn nach einer jeden solchen die Ausfragung erfolgt, innerhalb gewisser Grenzen zu stets wachsendem Ergebnisse führt. War das Ergebnis der ersten Vorführung einer Serie z. B. Null, so führt schon die zweite Vorführung und Ausfragung zu einem Resultate, das wir ungefähr bei einem Neurastheniker zu erhalten pflegen, während die dritte Exposition zur Reproduktion sämtlicher Paar-

worte innerhalb der ersten bis zweiten Sekunde führen kann, wie wir dies bei normalen, geistig frischen Versuchspersonen gewöhnlich erhalten.

In diesen Fällen handelt es sich also, wie übrigens auch schon in obigen Beispielen, um Übertragung der Ebbinghausschen Wiederholungs- resp. Ersparnismethode auf pathologische Fälle.

Und zwar ist die Wiederholungsmethode besonders für den *Nachweis der Gedächtnis-* oder, richtiger ausgedrückt, *der Übungsfestigkeit* in pathologischen Fällen wichtig, da dies, wie später ausgeführt werden soll, für die Prognose der Krankheit wertvoll sein kann.

Ein recht interessanter Fall ist der folgende, an der Klinik Prof. Moravesiks untersuchte Fall von progr. Paralyse.

G. J. 37 Jahre alt, Eisenbahnwärter, mäßig dement.

1. Untersuchung am 24. Januar 1902.

S_7 a_8 a_4 a_5 a_4 a_2 a_5 a_2 a_4 a_2 = $^0/_9$

Das Ergehnis ist also eigentlich gleich Null, d. h. nach der üblichen Weise der Gedächtnisprüfungen würde sich die Merkfähigkeit gleich Null stellen.

Nun wird aber die Serie wiederholt vorgeführt, und es ergibt sich bei der zweiten Vorführung und Ausfragung:

S_7r_1 0 2 3 a_{12} 2 1 1 1 2 = $^7/_9$, und nach einer nochmaligen Vorführung:

S_7r_2 6 1 1 a_2 3 2 1 1 1, also das Resultat von $^8/_9$, u. z. fünf Reproduktionen innerhalb der ersten Sekunde.

Ähnlich verhält es sich bei der Prüfung mit der Serie 5, und zwar ergibt die erste Exposition:

S_5 0 a_3 0 0 0 a_4 0 a_1 a_{10}. die Wiederholung

S_5r_1 1 1 0 6 a_2 2 0 0 a_1

S_5r_2 2 1 0 2 a_2/c 2 a_3 6 a_2/c, d. h. $^5/_9$ + 2 Korrekturen.

Nach Ablauf von vier Wochen soll nunmehr die Gedächtnisfestigkeit bezüglich der obigen Inhalte geprüft werden. Dies erfolgt bei Karte 5 mittels der e-Methode, bei Karte 7 mittels der h-Methode (s. oben S. 367).

S_5 wird also ohne erneuerte Exposition wieder ausgefragt und es ergibt sich am 21. Februar 1902:

$S_5 + 28 \times 24$ St. w_0 5 a_3/c a_{12} $\underline{a_2}$ a_4/c 4 a_8 a_4 a_3. Nun wurde wiederholt exponirt: S_5w_1 2 4 2 2 3 2 2 2 3, und nochmals:

S_5w_2 1 2 3 1 1 1 2 1 1

Dagegen wird S_7 sofort mit erneuerter Exposition ausgefragt, also:

$S_7 + 28 \times 24$ St. 0 2 0 0 a_2 2 a_{14} 1 2, hierauf nochmals exponiert:

r_1 2 1 1 2 2 1 3 1 1, endlich noch ein drittesmal vorgeführt:

r_2 1 1 1 2 1 1 1 1 1

Berechnen wir Umfang und Dauer der Serie 5 und 7 gelegentlich der beiden Untersuchungen, so er gibt sich aus $M = \frac{A}{T'} = \frac{P + C/2}{T}$:

für die S_5 bei der ersten Untersuchung:

$$Mw_3 = \frac{55{,}55 + 0{,}00}{1{,}86} = 29{,}86, \quad \text{nach 4 Wochen, } w_3 = \frac{74{,}07 + 3{,}70}{2{,}2} = 35{,}35$$

Bei der Serie 7 ist gelegentlich der ersten Untersuchung:

$$Mw_2 = \frac{33{,}33 + 3{,}70}{2{,}3} = 16{,}08, \quad \text{nach 4 Wochen, } w_3 = \frac{81{,}48 + 0{,}00}{1{,}41} = 57{,}78.$$

Das bedeutend bessere Ergebnis der zweitmaligen Prüfung der Serie 7 ergibt sich hauptsächlich aus dem Umstande, daß bei derselben sofort mit erneuerter Exposition begonnen wurde, was sowohl auf den Umfang als auch auf die Reproduktionsdauer sowohl der ersten, als auch der beiden nachfolgenden Vorführungen resp. Prüfungen verbessernd einwirkte, ist also dem Unterschiede zwischen der b- und c-Methode zuzuschreiben.

Daß es sich bei diesen beiden Serien tatsächlich um die durch vier Wochen erhalten gebliebene Übungsfestigkeit handelte, ergibt sich aus dem Versuch mit der Serie 9, die gelegentlich der zweiten Untersuchung am 21. Februar als Kontrolle zwischen der wiederholten Untersuchung mit Serie 7 und 5 eingeschoben wurde.

Dieselbe, an diesem Tage das erstemal vorgeführt, ergab:

S_9: — — — a_{10} a_4 a_8 — — 6, nochmals exponiert:

r_1: 11 1 a_3 2 1 a^1/c 1 2 1

r_2: 1 2 1 3 1 a^3/c 1 a^3 1, d. h.

$M = \frac{55,55 + 3,70}{2,33} = 25,43$, ein Ergebnis, welches denjenigen, die mittels erstmaliger Exposition der Serien 5 und 7 vier Wochen vorher erhalten wurden, recht nahe steht.

Keinesfalls könnte also behauptet werden, das bessere Resultat der zweitmaligen Untersuchung der Serien 7 und 5 folge bloß aus einer zufällig diesmal, vier Wochen später günstigeren Konstellation, einer Besserung im geistigen Befinden, die wohl tatsächlich vorhanden war, ohne daß die Merkfähigkeit schon dementsprechend eine nachweisbare Besserung aufweisen hätte können.

Ähnlich ist der Fall des an der Moravcsik'schen Klinik untersuchten D. B., 57 Jahre alt. — Derselbe, Eisenbahnbeamter, absolvierte sechs Realschulklassen; vorgeschrittene taboparalytische Demenz, Dys- und Anarthrie, trotzdem große Geschwätzigkeit.

Derselbe, am 22. September 1901 untersucht, ergibt:

S_3	a_5	0	0	a_3	0	a_3	a_5	a_2	a_1
S_3r_1	0	a_6	2	a_3	0	0	a_5	a_2	a_3

nach einer kurzen Pause folgt:

S_1	0	a_1	a_1	a_1	0	a_{10}	a_1	0	a_3
S_1r_1	a_1	0	a_3	4	3	2	a_3	a_1	a_2
S_1r_2	a_1	a_1	a_3	3	a_3	4	3	3	a_4
S_1r_3	0	a_1	3	1	2	2	4	a_5	a_3

des weiteren folgt:

S_2	0	a_3	a_4	a_3	a_3	a_{10}	a_1	a_2	a_7
S_2r_1	0	a_6	a_3	a_{10}	a_7	a_8	8	a_{13}	a_4
S_2r_2	a_7	a_{13}	a_6	0	5	a_{10}	2	3	a_7
S_2r_3	1	5	3	2	14	a_6	1	2	0

Wiederholt untersucht wurde bloß S_1 am 14. Oktober 1901, also drei Wochen nachher, und zwar mittels der b-Methode:

S_1r_1	a_2	a_3	a_3	0	a_2	a_3	a_3	a_2	a_1
S_1r_2	a_6	a_3	1	3	4	a_4	a_3	3	4
S_1r_3	8	a_2	2	3	3	3	2	a_2	a_6
S_1r_4	a_3	a_2	4	2	1	3	a_2/c	a_3/c	2

Die Wirkung der Wiederholungen gelegentlich der ersten Prüfung ist hier im allgemeinen eine recht karge. Ein besserer Erfolg $^5/_9$, resp. $^7/_9$, zeigt sich erst bei der vierten Vorführung und Ausfragung. Bei der Prüfung

nach drei Wochen ergibt schon die zweite Vorführnng $^5/_9$, die dritte $^6/_9$, die vierte fünf richtige und zwei korrigiertrichtige (berichtigte).Reprodnktionen. Jedenfalls ist einerseits Übungsfähigkeit (Lernfähigkeit), andererseits Übungsfestigkeit auf die Dauer von drei Wochen hinaus feststellbar. Von Interesse ist nebstbei das Schwanken der Resnltate, indem sowohl bei der ersten, als bei der zweiten Untersnchnng der S_1, bei den wiederholten Ausfragungen, vorher richtig reproduzierte Assoziationen bei der folgenden Ausfragung falsch reproduziert wnrden. Es ist dies ein bei wiederholter Einprägnng und Ausfragung erscheinendes Aufflackern, Wiederverglimmen, Neuauflodern und Vonneuemerlöschen der einzelnen, nahe der Schwelle der Reproduzibilität befindlichen Vorstellungen, wie dieselbe bei Normalen meist nur in Versuchen mit sinnlosem Material und im Stadinm der Übermüdung anzutreffen ist.

Daß aber die Lernfestigkeit und Auffrischbarkeit der Vorstellnngsdispositionen ihre Grenzen habe, zeigt der folgende Fall der Moravcsik'schen Klinik:

J. R. 34 Jahre alt, Zahlkellner, befindet sich seit Anfang 1899 an der Klinik. Diagnose: Dementia paralytica. Die Merkfähigkeit des Patienten war schon im erwähnten Jahre Gegenstand der Untersuchung gewesen und in meinen „Stndien über die Merkfähigkeit usw." beschrieben worden. Auffallend war schon damals die im Gegensatz zu seinem gut erhaltenen Zahlengedächtnis auffallend geringe Merkfähigkeit für alltägliche Wortverbindnngen.

Vom 15. bis 23. September 1901 wurden dem Patienten täglich zwei bis drei Serien, insgesamt $S_1—S_{11}$, vorgeführt, nnd mit der üblichen Zwischenzeit von sechs Sekunden ansgefragt. Es ergah sich anf diese Weise:

A (Umfang) = 29,29%, R = 3,12 Sek. — Für die Ansfragung
nach 24 Stunden r_1: 51,51%, R = 2,82 „

Von diesen Serien wurden $S_1—S_4$ auch ein Jahr später wiederholt vorgeführt nnd ausgefragt.

Bei der ersten Untersuchung ergab sich für dieselben:

S_1 0 a_2 0 0 a_{15} 3 a_2 0 0
S_2 a_5 a_6 a_5 a_5 a_3 2 a_8 a_2 2
S_3 0 a_7 a_5 6 3 a_{11} a_{10} a_4 a_2
S_4 a_6 a_4 a_2 3 a_{10} a_9 1 0 0,

also A = $^7/_{36}$ = 19,44%, R = 2,88 Seknnden.

Nach 24 Stunden von neuem exponiert:

S_1r_1 a_{15} a_8 4 a_{12} 0 a_4 0 0 2
S_2r_1 7 a_6/c 1 1 a_5 2 5 a_2/c 2
S_3r_1 2 a_9 2 2 a_4/c a_7 6 a_{10} a_3
S_4r_1 a_5 a_4 a_3 a_{10}/c a_2/c a_7 1 a_4 a_{15},.

also A = 13 + $^5/_2$ = 15,5/36, d. h. 43,06%, R = 2,84 Sekunden.

Die Zunahme nach 24 Stunden + r_1 ist also mehr als das Doppelte der ursprünglichen, die Reprodnktionsdauer kaum merklich kürzer.

Nach eiuem Jahre (18. September 1902) neu exponiert und ansgefragt ergab sich:

S_1r_1 0 a_8 4 a_5 0 a_4 a_{11} 0 7
S_2r_1 a_2 a_{12} a_{12} a_{10} a_{14} a_9 0 a_9 7

S_3r_1	a_3	a_{12}	a_4	a_9	a_6	a_7	a_{14}	a_8	a_5
S_4r_1	a_5	a_6	a_7	7	a_{11}	a_{12}	9	0	a_8

also $A = \frac{5}{36} = 13{,}88\,\%$, $R = 6{,}8$ Sekunden.

Demnach ergaben die nämlichen, nach einem Jahre das drittemal vorgeführten Serien weniger Umfang und besonders bedeutend längere Reproduktionszeit, als gelegentlich ihrer erstmaligen Vorführung.

Wir können nun die in den obigen drei Fällen vorgeführten Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. *Das Nullresultat als Folge einmaliger Vorführung*, auch wenn dasselbe bei mehreren verschiedenen oder auch sämtlichen Serien sich ergibt, *ist nicht gleichbedeutend mit dem Nullwert der Merkfähigkeit.*

2. *Die Wiederholung der Reize ergibt selbst in Fällen fortgeschrittener, auf organischer Hirnerkrankung begründeter Demenz das Vorhandensein der Lernfähigkeit*, d. h. *der Fähigkeit des Geistes, neue Reize zu erfassen, und auffrischbare Spuren derselben aufzubewahren.*

3. *Die geleistete und durch Wiederholungen gefestigte Arbeitswirkung verblaßt zwar mit zunehmender Zwischenzeit, läßt sich aber bei zweifelloser* progr. *Paralyse noch nach vier Wochen mittels der auf die Wortpaarmethode angewandten Wiederholungsmethode entschieden nachweisen.*

4. Durch Wiederholungen gefestigte Wortverbindungen können selbst in fortgeschrittenen Fällen der pr. Paralyse noch nach Ablauf eines Monates auch ohne erneuerte Auffrischung teilweise reproduziert werden.

Es wurde auch gelegentlich der Frage näher getreten, *inwiefern eine Verlängerung der Expositionsdauer* in Fällen, wo die erste Vorführung mit der üblichen Expositionsdauer von 2—2,5 Sekunden pro Wortpaar zu Nullwerten führte, *eine wiederholte Vorführung vertreten kann.*

J. M., 36 Jahre alt, Lackierermeister, Diagnose: Dementia paralytica, hat vier Volksschulklassen, und zwei Realschulklassen absolviert und faßt zweisilbige Worte in $\frac{1}{4}$ Sekunde zu 100 % fehlerfrei auf.

Untersuchung auf der psychiatrischen Klinik am 5. November 1902.

Exp.: = 2 · 5 Sek.

S_9	0	0	0	a_1	0	0	0	0	0
r_1	a_1	9	a_7/c	a_8	0	0	4	0	a_2
r_2	a_9	a_8	0	5	a_6/c	a_8	5	0	a_8

Exp. = 3 · 00 Sek.

S_{10}	a_2	0	0	0	a_4	0	0	0	0
r_1	a_{14}	0	a_9	7	0	a_8	0	0	9
r_2	0	0	0	3	a_5/c	12	0	0	3

Exp. = 3 · 5 Sek.

S_{11}	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Also ist anzunehmen, daß *in Fällen vorgeschrittener Demenz, in denen die Ursache des Nullwertes* bei einmaliger Vorführung der Wortpaarreihe *nicht eine Abnahme der*

Schnelligkeit der optischen Auffassung ist, die wenn auch noch so ausgiebige Erhöhung der Expositionsdauer, also die Ermöglichung einer äußerst deutlichen, bequemen Auffassung, *keine Besserung des Resultates ergibt.*

Wiederholte Versuche an diesem, sowie auch an einer Reihe von dementen Kranken, die auch bei mehrmaliger Vorführung einer Serie von neun Wortpaaren, ja auch nach vier bis fünf Vorführungen unveränderlich $^0/_0$ als Resultat der Prüfung ergaben, zeigten, daß es sich hier in erster Reihe um eine *Verengung des Bewußtseinsfeldes oder vielmehr Auffassungsfeldes* gegenüber weiteren Reihen von Vorstellungen handle, indem dieselben Patienten bei Versuchen mit einzelnen Wortpaaren deutlich zeigten, daß sie die Aufgabe vollkommen begriffen hatten, manchmal auch bei zwei, drei, ev. auch bei Serien von sechs Wortpaaren eine oder einige richtige Reproduktionen lieferten, sobald jedoch die vorgeführte Reihe ausgedehnter wurde, nicht einen einzigen Treffer zuwege zu bringen vermochten:

Nullwerte beweisen also selbst nach mehrmaliger Vorführung der Reize keineswegs den absoluten Mangel an Auffassungs-, Merk- und Lernfähigkeit, sondern bloß die Unfähigkeit, längere Reihen, die von Normalen mit Leichtigkeit erfaßt, behalten und reproduziert werden, aufzufassen, zu behalten und wiederzugeben.

B.

1. Die Art der Einprägung.

Die Wortpaare können dem Kranken vorzüglich in zwei Arten vorgeführt werden, und zwar in optischer oder in akustischer Weise.

Es ist nicht der Zweck dieser Arbeit, die Vorzüge der einen oder anderen Art des Lernens festzustellen. Hier ist bloß von den methodologischen Vor- und Nachteilen der beiden Arten von Verfahren als klinischer Untersuchungsmethoden die Rede.

Die *akustische Methode* hat den Vorzug, daß sie an keine Apparate gebunden ist. Sie kann überall, ev. auch im Krankensaale selbst angewendet werden. Auch bei erregteren Kranken hat sie den Vorteil, daß sich die Patienten mit derselben leichter als mittels eines Apparates, vor den sie sich ruhig hinsetzen müssen, untersuchen lassen. Ich habe mit derselben erregte Paralytiker und auch eine während der ganzen Untersuchung hin und her tanzende manische Kranke öfters mit positivem Ergebnisse untersuchen können.

Die akustische Methode besteht darin, daß dem Patienten die Serie von Wortpaaren in bestimmtem Takte, entsprechend akzentuiert, mit kleinen, gleichmäßigen Pausen zwischen den einzelnen Wortpaaren (s. w. u.) vorgesprochen wird. Hierbei kann es je nach dem einzelnen

Falle zweckmäßiger sein, daß a) der Kranke bloß zuhört, und nach Anhören der ganzen Serie geprüft wird, — dies ist die *rein-akustische Methode*, wie ich sie seinerzeit bei meinen ersten Untersuchungen geübt hatte, oder b) der Kranke hat jedes Wortpaar sofort nachzusprechen, wodurch die Methode zu einer *akustisch-motorisch-akustischen Einprägungsmethode* wird.

Nun wäre es entschieden ein Irrtum, einfach anzunehmen, daß diese zweite Methode in jedem Falle bessere Resultate liefern muß, als die erste. Ein jeder, der mehrere solche Untersuchungen durchgeführt hat, wird zu der Erfahrung kommen, daß das Nachsprechen der gehörten Wortpaare die Auffassung derselben bei manchen Patienten zu einer bloßen Perzeption, und den ganzen Akt zu einer einfachen Reaktion, fast zu einem bloßen Reflexakt herabdrückt, wobei die Versuchsperson bloß klangliche Wortbilder in motorische umsetzt, ohne seine Aufmerksamkeit in entsprechendem Maße dem *Sinne* der Wortverbindungen zuzuwenden, also ohne das Vernommene seinem Sinne nach mit seinem Ich zu verbinden. Dies geschieht bei der rein akustischen Methode seltener. Doch haben wir bei dieser keine entsprechende Gewähr dafür, daß uns der Patient richtig verstanden hat, wie sich denn auch hier und da nachträglich Mißverständnisse herausstellen. Nur in den Fällen, wo der Untersuchte sein Interesse dem Sinne des Gehörten zuwendet, ergibt die kombinierte Methode bessere Ergebnisse als die reine akustische; dasselbe Moment kommt zur Wirkung, wenn es sich um die Wiederholung eines schon erfaßten Lernmaterials, also um die eigentliche Einprägung handelt. Ein sich manchmal ergebender Nachteil der akustischen Methode ist der Umstand, der besonders bei nervösen Kranken (auch bei Paranoikern) häufig ins Gewicht fällt, daß nämlich die Augen der Versuchsperson bei dieser Methode unbeschäftigt sind und die optische Perzeption auch in der einfachsten Umgebung tausenderlei Gelegenheit hat, die Aufmerksamkeit an sich zu reißen und mit ihr durchzugehen. In solchen Fällen handelt es sich dann bloß um akustische Perception oder um bloße akustisch-motorische Reaktion, und die Wirkung ist, daß der Geprüfte, wenn er nun die Stichworte hört, sich nicht erinnert, nicht so selten auch bestreitet, dieselben überhaupt gehört zu haben. Lassen wir den Kranken während der Einprägung, um seinen Blick zu fesseln und zu kontrollieren, uns in die Augen sehen, so wirkt dies, wie nicht unbekannt, auf recht viele — auch Normale — so unangenehm, daß das Beste ihrer freien Aufmerksamkeitsenergie durch das peinliche Gefühl, durch Überwindung der Scheu und Ähnliches in Anspruch genommen wird.

In diesen Fällen liegt der wirkliche Erfolg der Untersuchung nicht zum mindesten Teil an der *Persönlichkeit des Prüfers*, die wohl bei psychologischen Untersuchungen an nicht entsprechend Geübten überhaupt nie gänzlich außer Rechnung fallen dürfte. Ein absolut geduldiges,

neutrales Verhalten sowie die nur durch Einübung erreichbare absolute Sicherheit im Nacheinander der Methode sind unerläßliche Bedingungen, um an geistig kranken oder auch nur seelisch empfindlichen Personen wissenschaftlich verwertbare Resultate gewinnen zu können.

Trotz alledem wird derjenige, der all diese, mehr minder scharfen Klippen der Methodik kennt und berücksichtigt, auch auf akustischem Wege in den meisten Fällen zu einem annähernden Ergebnisse gelangen, was sich schon in der Gesetzmäßigkeit der Resultate verrät (s. w. unten). Als allgemeiner Grundsatz kann gelten, daß ceteris paribus bei der akustischen Methode kürzere Serien (von drei, sechs, höchstens neun Wortpaaren) sicherere Resultate geben, längere häufig Anlaß zur Zerstreuung der Aufmerksamkeit nicht nur des Untersuchten, sondern auch des Untersuchenden geben. Es ist auch zweckmäßig, daß der Versuchsleiter die Wortpaare der Versuchsperson aus dem Gedächtnisse vorsagt, keinesfalls aber mechanisch, ohne Betonung, oder gar zerstreut vom Papier abliest. Auch dies erfolgt bei kürzeren Serien leichter und ohne Stockungen.

Diese Nachteile der akustischen Methode sind beseitigt, wenn wir uns der optischen Methode bedienen und die Wortpaare mittels eines geeigneten Apparates vorführen, wie ich einen solchen in der Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie (Bd. X.) beschrieben habe. Derselbe gestattet eine automatische Vorführung größerer Reizserien (bis 60), die beliebige Wiederholung der Vorführung, das automatische Zählen der Wiederholungen, die Unterbrechung der Vorführung in jedem beliebigen Zeitpunkte sowie die momentane Wiederaufnahme der Fortbewegung der Reizscheibe, die ruhende Exposition der einzelnen Reize, die äußerst einfach variable Expositionsdauer der Reize, Einführung von Pausen zwischen den einzelnen Reizen oder Reizgruppen usw. — Von mancher Seite wurde als Nachteil des Apparates das störende Geräusch der Metallteile desselben angeführt. Dasselbe war schon bei den ersten Apparaten leicht zu beseitigen, wenn man die Stärke des benutzten elektrischen Stromes mittels eines kleinen Rheostaten auf das eben zur Bewegung nötige Minimum reduzierte. Bei Benutzung von zwei Bunsen-Grenetschen Elementen als Stromquelle war dies einfach dadurch zu erreichen, daß ich die Zinkplatten nur bis zu einer gerade genügenden Strom erzeugenden Tiefe in die Flüssigkeit eintauchte.

Nun habe ich seither eine Reihe von Verbesserungen eingeführt, dank denen das Geräusch des Apparates entschieden so gering ist, daß es auch die empfindlichste Versuchsperson nicht stört. (Wohl muß ich bemerken, daß sich noch keine einzige der mehreren hundert Versuchspersonen, an denen ich seit sechs Jahren Untersuchungen anstellte, über das Geräusch beklagt hat. Dasselbe ist streng rhythmisch, fällt mit dem Moment des Erscheinens des Reizes zusammen und stört infolge-

dessen auch bei streng psychophysischen Untersuchungen nicht.) Das Geräusch wurde durch das Anschlagen des metallenen Hebels an seine Unterlage bei jedem Stromschluß verursacht. Der Hebel vermittelte bei den älteren Apparaten die Verbindung mit einem Seitenkontakt, um im Falle der Anwendung als optischer Apparat oder bei Messung der Reproduktionszeit mittels Hippschen Chronoskops den Strom des zeitmessenden Apparatenkomplexes im Momente, da das bloße Stichwort erscheint, zu schließen. Bei den neuesten Apparaten modifizierte ich diese Verbindung mit dem zweiten Kontakt derart, daß derselbe nicht durch Anschlagen des Hebels, der nun mit einem dichten Gummiringe versehen ist, sondern auf einem Seitenwege vermittelt ist. Auch ist die kleine rechteckige Metallplatte, die diese Verbindung vermittelt, für den Fall, daß wir keine elektrischen Zeitmessungen benötigen — und, wie wir sehen werden, ist dies bei klinischen Untersuchungen zumeist nicht notwendig —, einfach abzuschrauben, was eine weitere Verminderung des Geräusches zur Folge hat.

Ferner ist die Einstellung des Hebels in das Zahnräderwerk des Apparates mittels eines seitlichen Knopfes leicht regulierbar und an die Stärke des benutzten Stromes anpaßbar. Vor allem und am *allereinfachsten und vollkommensten läßt sich das Geräusch auf ein Minimum reduzieren, wenn wir die Zinkplatte der beiden Bunsen-Grenet-Elemente nur so tief in die Chromsäure eintauchen, als dies zur ungestörten Weiterbewegung eben notwendig ist.* Dies macht den Rheostaten überflüssig.

Früher benutzte ich als Strom zwei Grenet'sche Elemente oder einen Akkumulator mit zwei bis drei Zellen. In letzter Zeit benutze ich den *Strom der elektrischen Beleuchtungszentrale*, wozu ich mir einen einfachen Rheostaten mit Kurbelregulierung anfertigen ließ. Mit diesem finde ich den Gang des Apparates am leichtesten, einförmigsten und geräuschlosesten.

Ein besonderer technischer Vorteil des Apparates ist noch seine geringe Heiklichkeit. Wir können denselben in horizontaler, vertikaler, in schräger Stellung benutzen, hin und her schieben, was bei Untersuchungen an Kranken verschiedener Sehschärfe nicht selten notwendig ist, wir können ihn leicht von einem Zimmer in ein anderes transportieren, wo immer aufstellen, besonders wo elektrische Beleuchtung bei der Hand ist.

Im Frühjahr dieses Jahres verwendete ich den Apparat bei meinen populären Vorlesungen über die Physik geistiger Vorgänge in der ungar. kön. Naturwissenschaftlichen Gesellschaft zu öffentlichen Demonstrationen und Massenexperimenten. Der Apparat wurde einfach in den Kasten eines episkopischen Projektionsapparates gelegt, die automatisch erscheinenden und verschwindenden Reize erschienen und verschwanden absolut geräuschlos auf einen Karton an der

Wand des Saales in starker Vergrößerung projiziert, das momentane Stellen und ingangsetzen der Bewegung bei tachistoskopischen Auffassungs- und Assoziationsversuchen regulierte ich an meinem Vorlesepult mittels des daselbst angebrachten Morseschen Tasters. Auf diese Weise demonstrierte ich der Zuhörerschaft die Bedeutung der verschiedenen psychophysischen Bedingungen der Auffassung und des Gedächtnisses, während die Reproduktionsmessungen mittels Einschaltung eines Demonstrationschronoskopes in den Kontakt II des Mnemometers, sowie mit einem eingeschalteten Römerschen Schallschlüssel, ebenfalls aus der Ferne sichtbar, demonstriert wurden.

2. Die Reproduktionsdauer und ihre Messung.

In vielen Fällen, ich möchte behaupten, in allen, ist die Messung des zeitlichen Verlaufs der Reproduktionen wünschenswert. Meiner Erfahrung nach ist der Energiewert eines geistigen Prozeßes bloß in dem Falle charakterisiert, wenn außer dem Umfang der Leistung auch ihre Dauer in Betracht gezogen wird.

Als einfaches Beispiel wähle ich, um mich verständlich zu machen eine elementare assoziative Leistung, die Additionsdauer von 50 Additionen, deren Summe in 45 Aufgaben höchstens 10, in fünfen 11 beträgt. Wie ich dies schon anderen Ortes entwickelte,[1]) haben 15 gute und mittelmäßige Schüler der ersten Volksschulklasse gegen Ende des Schuljahres die 50 Additionen sämtlich zu 100 % richtig gelöst. Würden wir uns hiermit begnügen, so ließe sich zwischen dem Leistungswerte der 15 Schüler bezüglich der erwähnten Aufgabengruppe überhaupt kein Unterschied feststellen. Vergleichen wir hingegen außer dem Umfange auch die mittlere Dauer ihrer Leistungen, so erhalten wir der Güte nach geordnet folgende Reihe der Zeitwerte:

1	2	3	4	5	6	7	8
1,1″	1,5″	1,7″	1,7″	1,9″	1,9″	1,9″	2,0
9	10	11	12	13	14	15	
2,3	2,3	2,6	2,8	3,0	3,5	3,6	

Bei identischem Umfange benötigte also der am langsamsten arbeitende Schüler zur Lösung derselben elementaren Aufgaben mehr als die dreifache Zeitdauer des am raschesten arbeitenden Schülers.

Dies kann wohl für die Beurteilung der Güte der Leistung keinesfalls gleichgültig sein.

Um nun zur Beurteilung des Gedächtnisses zurückzukehren, ist bei demselben kein wesentlicher Unterschied gegenüber dem eindeutig bestimmten assoziativen Vorgange der Additionen zu finden. Dort handelt es sich um Reproduktion der Summe von zwei einfachen Addenden, welche Reproduktionen, z. B. $3 + 4 = 7$, auf Grundlage der das Schul-

[1]) Vergleichende Untersuchungen an normalen und schwachbefähigten Schulkindern I. — Zeitschrift f. Kinderforschung, 1905.

jahr hindurch gesammelten Erfahrung, der Einübung und des Erlernens im voraus eindeutig bestimmt war.

Bei den Gedächtnisleistungen und vorzüglich bei der Wortpaarmethode handelt es sich um die Verbindung zweier Wortvorstellungen deren zweite bei Nennung der ersten reproduziert, wiedererkannt und hiernach als die gesuchte Assoziation bezeichnet, d. h. angegeben werden muß. Gegenüber den freien oder mehrdeutig bestimmten Assoziationen bei gewöhnlichen Assoziationsversuchen sind unsere Gedächtnisversuche demnach ebenfalls *durch die Einprägung eindeutig bestimmte Assoziationsvorgänge*.

Bei Angabe des Stichwortes gelegentlich der Prüfung tauchen zumeist, wie bei freien Assoziationsversuchen, mehrere Vorstellungen im Bewußtsein des Geprüften auf, deren eine sofort oder nach mehrminder lang dauernder Unentschiedenheit mit einem bestimmten Grade der subjektiven Sicherheit als die Gesuchte angegeben wird.

Die Dauer der Reproduktion ist nun, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, für die Vorgänge kennzeichnend, die sich von der Nennung des Stichwortes bis zur Angabe des Paarwortes abspielen.

Schon in einer früheren Arbeit unterschied ich zwischen automatischen, willkürlichen und gesuchten Reproduktionen. Den *automatischen*, ohne unser Zutun sich einstellenden Reproduktionen kommt, wie wir dies bei Versuchen an uns selbst konstatieren können, im allgemeinen die kürzeste Reproduktionszeit zu. Bei kurzer Zwischenzeit fallen sie zumeist in die zweite Hälfte der ersten Sekunde, also 0,6—1,0″, oder höchstens in den Beginn der zweiten, also bis 1,2″. Bei diesen automatischen Reproduktionen haben wir genau die Empfindung der eindeutigen Bestimmtheit der Assoziation. Die *willkürlichen* Reproduktionen gehen mit dem mehr-minder ausgesprochenen Gefühle der Anteilnahme des Ich an der Reproduktion einher, ohne daß dieses Gefühl in dasjenige einer Anstrengung übergehen würde. Hierher können wir zumeist die Reproduktionen rechnen, die vom Ende der ersten bis höchstens zum Schluß der zweiten Sekunde eintreten, also von 1,2—2,0″. — Endlich kommt die dritte Gruppe der Reproduktionen, die wir schon ganz entschieden mit dem Gefühle *des Suchens, der Anstrengung, des Abwartens, der Unbestimmtheit oder Unentschiedenheit* hervorrufen. Dieselben können vom Beginn der dritten Sekunde bis in welchen späten Zeitraum immer fallen, doch müssen dem Herumsuchen um so mehr zeitliche Schranken (bei meinen Untersuchungen 20 Sekunden) gesetzt werden, als dasselbe 1. recht *ermüdend* wirkt, und besonders, wenn es erfolglos ist, mit starken *Unlustgefühlen* einhergehen kann, die die folgenden Reproduktionen entschieden hemmend beeinflussen; 2. viel Zeit beansprucht und

hierdurch die Zwischenzeit für die nachfolgenden Assoziationen ungebührlich verlängert. — Zumeist gibt sich bei den unbeeinflußten Untersuchten die Neigung kund, falls sie in den ersten Sekunden nicht reproduziert haben, recht bald mit „ich weiß nicht", „fällt mir nicht ein" usw. zu reagieren, während sie aufmerksam gemacht, sie mögen nur suchen, recht häufig das gesuchte Wort, wenn auch mühevoll, dennoch über die Schwelle des Bewußtseins bringen. Bei Versuchen an uns selbst werden wir häufig bemerken, daß nach einer scheinbar erfolglosen Anstrengung, das gesuchte Wort zu finden, dasselbe plötzlich wie unerwartet und scheinbar unwillkürlich ins Bewußtsein tritt. Es sind dies sodann anfangs willkürliche, bei ihrem Erscheinen hingegen verspätete automatische Reproduktionen.

Die lange Pause des Suchens ist verschieden ausgefüllt. Entweder werben mehrere Motive um die Entscheidung, und wir schwanken, welches derselben das richtige, von uns vorher eingeprägte sein mag, entscheiden uns endlich auf Grundlage eines gewissen, mehr-minder ausgesprochenen Identitätsgefühles, in welchem Falle die Reproduktion eine richtige, oder eine unrichtige mit dem subjektiven Gefühle der Sicherheit sein wird. Oder es tauchen nacheinander mehrere Assoziationen auf, und die eine derselben wird bloß mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als die richtige identifiziert, was in dem fragenden Tone, häufig auch in der Frageform der Reproduktion zum Ausdruck kommt. Oder es treten ebenfalls mehrere Assoziationen auf und wir vermögen uns für keine derselben mit dem Gefühle der Sicherheit zu entscheiden, weshalb wir keine derselben aussprechen, in welchem Falle eine *fehlende* oder *Nullreproduktion* eintritt. Die Dauer derselben kann individuell recht charakteristisch sein, ist bei manchen immer sehr kurz, bei anderen zumeist lang. Die ersteren können oder wollen sich nicht anstrengen, die letzteren fühlen zumeist die gesuchte Reproduktion nahe der Schwelle des Bewußtseins, ohne sie über dieselbe heben zu können („das Wort ist mir auf der Zunge"). Oder aber konnte sich der Geprüfte zwischen verschiedenen ihm vorschwebenden Assoziationen nicht entscheiden, und zog vor, dies mit „ich weiß nicht" zu markieren. Seltener wird aber die ganze Pause des Suchens mit einer entschieden in einer bestimmten Richtung verlaufenden Konzentration ausgefüllt, die sich ausschließlich auf das gesuchte Wort richtet, wobei sonstige Assoziationen, wenigstens bewußte, überhaupt nicht auftreten.

Manchmal erfolgt die Reproduktion selbst in der Form, daß der Geprüfte vor der Angabe des Paarwortes das Stichwort einmal, falls die Reproduktion Schwierigkeiten macht, auch öfters wiederholt. Die Versuchsperson muß aufmerksam gemacht werden, daß sie dies unterlasse. Doch geht dies Unterdrücken des Stichwortes bei ungebildeten Erwachsenen, bei

Kindern, sowie bei blöderen Geisteskranken manchmal mit solchen Schwierigkeiten, daß hiervon lieber abgesehen werden soll. Nur muß der Prüfende aufmerken und die Reproduktionsdauer erst im Moment der eigentlichen Reproduktion markieren, dabei aber diese besondere Art des Reproduzierens notieren. Ich tue dies, indem ich vor die notierte Zeitdauer der Reproduktion einfach einen Punkt setze. So bezeichne ich z. B. bei Prüfung der Assoziation Kind—Wiege die genannte Art der Reproduktion, die nach 2,6″ aufgetreten sein soll, mit ·2,6″. Wäre unrichtig, (also z. B. „Kind—Spielzeug 3,2″) reproduziert worden, so notiere ich einfach: „Spielzeug 3,2″ —. Die *Unrichtigkeit* der Reproduktion wird am zweckmäßigsten mit einem Strich nach der notierten Assoziation merklich gemacht.

a) Die Reproduktionsdauer wird am *genauesten*, wohl aber nicht am *zweckmäßigten mittels Chronoskops oder Chronographen* gemessen, wobei das Verfahren ganz demjenigen der üblichen chronoskopischen Messung der freien Assoziationsdauer entspricht. Als optischer Reizapparat dient bei diesen Versuchen der Mnemometer, dessen Kontakt II nun in den Stromkreis des Chronographen eingeschlossen ist, als Reaktionsapparat der Römersche Schallschlüssel, oder aber — falls die Prüfung akustisch vorgenommen werden soll, — d. h. falls bei der Prüfung die Stichworte ebenfalls gesprochen werden, werden zwei Schallschlüssel verwendet.[1])

Nun unternahm ich wohl eine Reihe von Untersuchungen des Gedächtnisses mittels dieser Methode, doch stellte es sich hierbei heraus, daß diese genaue Messung der Reproduktionszeit zum wenigsten bei klinischen Untersuchungen gegenüber den einfachen Zeitmessungen mit der Fünftelsekundenuhr entschieden im Nachteil ist.

Schon bei den freien Assoziationsmessungen, sowie bei der Bestimmung der Rechendauer hatte meines Wissens zuerst *Sommer* (1899)[2]) nachher *Mayer* und *Orth* (1901) die *Fünftelsekundenuhr* verwendet. Auf diese Art kam ich, die Nachteile der chronoskopischen Bestimmung der Reproduktionsdauer erkennend, auf die *Anwendung der Fünftelsekundenuhr zur Messung der Reproduktionszeit.*

Die erwähnten *Nachteile des chronoskopischen Verfahrens* sind:

1. Beim Erfassen des optisch perzipierten oder gehörten Stichwortes wird dasselbe, wie schon oben erwähnt, von vielen Versuchspersonen wiederholt. Mittels derselben nehmen sich die meisten Kinder, Ungebildete und Kranke, sowie, wenn

---

[1]) Das Metronom muß bei diesen Messungen mittels Eintauchens der Nadel in das Quecksilber auf Schluß gestellt werden, und die Weiterbewegung der Scheibe, auf der nun im rechts halb verdeckten Spalte des Mnemometers nur die Stichworte sichtbar sind, wird mit dem Morsetaster geleitet.

[2]) Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden, S. 157.

ihnen das Paarwort nicht bald einfällt, auch gebildete Erwachsene, sozusagen den Anlauf, um über die Barriere der Reproduktionsschwelle zu setzen.

Nun wird beim Aussprechen des wiederholten Stichwortes der Zeiger des Chronoskops schon gestellt und so nicht die eigentliche Reproduktionsdauer gemessen.

2. Häufig, besonders bei minder Gebildeten und Kranken, wird im Falle einer schwer reproduziblen Vorstellung mit den Lippen gelispelt, gemurmelt, wie dies Kinder tun, die um eine Antwort verlegen sind oder stecken bleiben. Hierdurch wird der sensibel eingestellte Schallschlüssel schon geschlossen.

3. Bei nicht besonders geübten und disziplinierten Kranken, z. B. bei Neurasthenischen, Paralytikern, fließt die Verteilung der Aufmerksamkeit zwischen Schallschlüssel, optischem Apparat usw. hemmend und störend auf den Verlauf der Reproduktionszeit ein, führt überflüssigerweise zu Fehlern in der Bestimmung der Reproduktionsdauer, die dann nicht gut gemacht werden können.

Ich will nur noch hemerken, daß die beiden ersten dieser Nachteile bei den freien Assoziationsversuchen, wo es sich einfach um Nennung der erstbesten auftauchenden Vorstellung handelt, zumeist entfallen.

Zu alledem sind dabei die Reproduktionszeiten so bedeutend groß, daß bei der Beurteilung von klinischen Ergebnissen die Tausendstel- und Hundertstelsekundenwerte eher ein überflüssiges Hemmnis bilden und die Fünftelsekundenwerte (praktisch in Zehntelsekunden ausgedrückt, z. B. $3^{4}/_{5} = 3,8$ usw.) in allen Fällen genügen.

Viel **praktischer** erscheint daher die

β-Methode, d. h. die **Messung der Reproduktionsdauer mittels der Fünftelsekundenuhr** (Sportuhr), bei deren Anwendung sämtliche oben erwähnten Nachteile entfallen oder leichterweise eliminierbar sind.

Daß hiermit bei Gedächtnisuntersuchungen die Anwendung eines höchst komplizierten Apparatenkomplexes entbehrlich wird, ist bei klinischen Untersuchungen gewiß nicht ohne Bedeutung.

Ich möchte hier nur noch der Vollständigkeit halber bemerken, daß Sportuhren, die zugleich Taschenuhren sind, bei denen also das Zeigerwerk an der gewöhnlichen Zeigerachse befestigt ist, im allgemeinen unvergleichlich haltbarer sind, als Sportuhren, die kein gewöhnliches Uhrwerk haben.

Ferner sei auf einen nicht zu verachtenden Vorteil hingewiesen, den ich mittels einer von Jaquet hergestellten Fünftelsekundenuhr mit doppeltem Zeiger erreicht habe, nämlich die **Meßbarkeit der Korrekturzeiten**, wie ich dieselbe schon anderwärts beschrieben habe. Bei dieser — wohl etwas kostspieligen — Fünftelsekundenuhr teilt sich der Sekundenzeiger im Moment des Stoppens in zwei Teile, deren einer stehen bleibt, der andere weiterläuft, um sodann erst bei einem folgenden Drucke stehen zu bleiben. **Hiermit ist die Dauer der unrichtigen, sowie der berichtigten Reproduktion**, Rechenfunktion usw. fest-

stellbar, was meines Wissens mit keiner sonstigen zeitmessenden Einrichtung möglich ist.

Die Messung der Reprodnktionsdaner mittels der Sportnhr kann auf zwei Arten erfolgen:

β_1) War die Einprägung des Materials auf optische Weise mittels Gedächtnisapparat erfolgt, so könnte es wünschenswert erscheinen, zur Anslösung der Reproduktion der Versuchsperson die Stichworte ebenfalls optisch vorzuführen. In diesem Falle müßte das Fortrücken der Sportuhr im Momente des Erscheinens des Stichwortes erfolgen, was aher einen Assistenten zur Bediennng des Tasters henötigt, anßer, der Kranke würde sich die Stichworte mit demselben selbst auslösen, was nicht immer dnrchführbar ist. Eben deshalb ist es zweckmäßiger, sich der β_2 Methode zn bedienen, wo nämlich die Stichworte dem Patienten nicht vorgeführt, sondern vorgesagt werden. Gegenwärtig wende ich bei meinen Untersuchnngen fast ausschließlich die Methode des Ansfragens an.

Daß diese Methode des Ansfragens hei aknstisch oder aknstischmotorisch-aknstisch erfolgter Einprägnng überhanpt die beste ist, braucht wohl nicht hesonders betont zn werden.

γ) Die von mir früher bei der Mehrzahl meiner klinischen Untersuchnngen hefolgte Methode der annähernden Bestimmung der Reproduktionsdauer bestand, wie ich dies seinerzeit mitteilte, darin, daß einfach die Seknnde, innerhalh welcher die Reproduktion erfolgte, aus den Schlägen des Metronoms abgezählt wurde. Selbstredend mußte hierzn das Metronom im Gesichtskreis des Untersuchenden, also in der Nähe des Untersnchten sein. Doch kann ich wiederholt hetonen, daß bei meinen, sich auf Jahre erstreckenden klinischen Untersuchungen nicht ein einziger Fall vorkam, wo sich ein Untersnchter wegen Störung seitens des Metronoms (ebensowenig, wie des Klappens am Apparate selbst) beschwert, diesbezüglich eine Bemerkung gemacht oder ein Zeichen des Gestörtseins erkennen hätte lassen.

Die Erfahrung zeigte, daß diese Art der Zeitmessung für klinische Untersnchungen an Geisteskranken, znm Nachweis eventueller Störnngen der Reprodnktion vollkommen genügt.

Die Vergleichung der drei Prüfungsmethoden ergibt als einfachste und in jeder Hinsicht vorteilhafteste die β-Methode, d. h. die Messnng mittels der Fünftelsekundennhr.

(Zweiter Teil folgt.)

II.

Aus der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in Kolozsvár (Klausenburg).

Die Schlaflosigkeit infolge von Störungen des Vorschlafes.

Von Hofrat Prof. **Dr. Karl Lechner.**

Die Vielgestaltigkeit der Schlafstörungen fordert ein eingehendes klinisches Studium dieser krankhaften Zustände heraus. Insolange die Unkenntnis über das Wesen des Schlafes den Weg zu mannigfachen phantastischen Theorien freigelassen hat, vermochte der Kliniker nur allgemeine Krankheitsbilder zu konstruieren. Neuere Forschungen (Mosso, Brodmann, Claparède usw.) ergaben das positive Resultat, daß — wie alle Lebensprozesse — auch der Schlaf auf Reflexerscheinungen zurückzuführen sei. Meine diesbezüglichen Untersuchungen[1]) brachten mich zur Überzeugung, daß der physiologische Schlaf, nebst der phylogenetisch-angeerbten und ontogenetisch-akkommodierten Periodizität, nur zwei unbestreitbare Kriterien besitzt: die Bewußtlosigkeit und die Erholung. Beide ergänzen einander, insofern der Bewußtlosigkeitszustand das Auslösen von Reizwirkungen und somit den Kraft- und Stoffabbau des Organismus in ausgedehntem Maße verhindert, während die Erholungspause den Kraft- und Stoffanbau daselbst mächtig befördert. Beide Faktoren sind auf Reflexerscheinungen zurückzuführen und zeigen neben dem Kraft- und Stoffwechsel noch Form-, Zeit- und Erfolgsveränderungen innerhalb der Reflexvorgänge.

Die Schlafreflexe — wahrscheinlich eigenartiger vasomotorischer Natur — schalten, durch ein Absperren der Projektionsbahnen, alle Akte des Bewußtwerdens aus dem Kreise der Lebenserscheinungen aus. Die Erholungsreflexe hingegen, mit ihren vasomotorischen Veränderungen des Biotonus, stellen die Bedingungen des Kraft- und Stoffersatzes her. Der erstere Reflex beschützt den Organismus vor Erschöpfung und Selbstvergiftung, der zweite sammelt neue Kräfte und Stoffe zu weiteren Lebenszwecken an. Gewöhnlich wirken beide Mo-

---

[1]) **Lechner**: Az álmatlanságról. — Purjesz emlékkönyv. 1906.

mente gegenseitig aufeinander. Je tiefer die Bewußtlosigkeit, desto größer die Erholung und umgekehrt.

Klinische Erfahrungen bestätigen diese Tatsachen, aber auch das Vorkommen vieler Ausnahmen. So mancher lange Schlaf bringt keine richtige Erholung, und kurzdauerndes Schlafen gestattet nicht selten ein

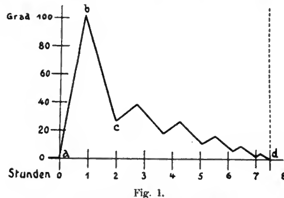


Fig. 1.
Tiefenkurve des normalen Schlafes.

bedeutendes Erholen. Auch scheint der Grad der Bewußtlosigkeit mit dem Schlafeffekt nicht immer in Einklang zu stehen, denn selbst beim tiefsten Schlaf bleibt oft die Erholung aus, während ein oberflächliches,

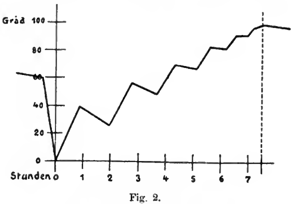


Fig. 2.
Erholungskurve des normalen Schlafes.

leises Schlafen bedeutende Erholung bewirken kann. Es ist somit ein getrenntes Verhalten der sonst sich ergänzenden Faktoren bei mancherlei Störungen des Schlafes vorauszusetzen. Den losen Zusammenhang der beiden Momente beweisen übrigens die graphischen Bilder der

Schlaftiefe (Figur 1) und der Schlaferholung (Figur 2) am besten. Während die Schlaftiefe — innerhalb der normalen Schlafdauer — einen steilen Anstieg und anfangs raschen, später allmählich wellenförmig sinkenden Abfall zeigt, kommt die Erholung mit geringen Undulationen in steter Progression zustande. Die obigen schematischen Figuren sind Durchschnittsbilder vielfacher Untersuchungsergebnisse. Die Schlaftiefe wurde teilweise vermittelst eines hierzu konstruierten Barästhesiometers gemessen, der als Weckreiz galt. Zur Messung der Schlaferholung diente die Kraepelinsche Methode des fortlaufenden Addierens einstelliger Zahlen, im bestimmten Zeitraum, an hierzu verfertigten Zahlentabellen.

Sowohl die Schlafreflexe wie auch die Erholungsreflexe können für sich gestört sein, woraus einerseits ein krankhaftes Verhalten der Schlaftiefe (Dyshypnia), anderseits ein solches der Schlaferholung (Dyspaula) entsteht.

Der normale Gang der Schlaftiefe erlaubt mindestens zwei Phasen zu unterscheiden: den jähen Anstieg des Vorschlafes (Praedormitio) bis zum tiefsten Einschlafen (Figur 1, a b) und den darauf folgenden stetigen Abfall des Nachschlafes (Postdormitio) bis zum Erwachen (Figur 1, b c d). Letztere Phase läßt sich in zwei Teile teilen, wenn der rasche Anfangsabfall (Figur 1, b c) vom allmählichen Endabstieg (Figur 1, c d) getrennt wird. Vielfach pflegt man das zwischenliegende Stadium (b c) als Tiefschlaf (Dormitio) zu bezeichnen, was aber in Anbetracht des jähen Sinkens der Schlaftiefe nicht ganz berechtigt erscheint. Das Einschlafen und das Erwachen muß unbedingt voneinander unterschieden werden, schon aus dem Grunde, weil die einschläfernden Reize von den Weckreizen ganz verschieden und voneinander unabhängig sind. Es kann somit eine Phase des Vorschlafes ($^3/_4$—1 Stunde) und eine Phase des Nachschlafes (6—$6^3/_4$ Stunden) unterschieden werden.

Experimentell ist es derzeit nicht möglich, die Existenz der Schlafreflexe festzustellen. Die Möglichkeit, Übbarkeit, individuelle und familiäre Eigenartigkeit und das getrennte Verhalten des plötzlichen oder allmählichen Einschlafens und ebensolchen Erwachens läßt jedoch bestimmt auf getrennte Reflexerfolge schließen. Diese Erfolge können mit den durch Lehmann, Brodmann, Berger nachgewiesenen reflektorischen Gefäßundulationen während des Schlafes nicht identisch sein, sonst vermöchten die letzteren — die ganze Schlafdauer hindurch — nicht dasselbe, unausgesetzte, feine, akkommodative, allen Reizeinwirkungen gerecht werdende Spiel der Vasomotoren zu bekunden, und zwar in ganz demselben Maße wie im Wachzustande. Eigene, an mir selbst gemachte Erfahrungen hingegen, die sich auch an anderen vielfach bestätigen ließen, liefern einige Beweise dafür.

Ohne vorausgegangene Ermüdung, in pünktlich eingeübter Zeit, bei ungeteilter, auf das Einschlafen gerichteter Aufmerksamkeit, gelang

es mir nämlich, im Momente des Einschlafens besondere Empfindungen wahrzunehmen. Es schien mir, als würde eine Welle schnellströmender Flüssigkeit sich über mein Gehirn und Auge ergießen. Dabei empfand ich eine Spannungsveränderung im Kopfe, gleich einer Blutdruckveränderung daselbst, ein Erleichterungsgefühl im ganzen Körper und ein bewußtes Schwinden der Sinnestätigkeit. Alle diese Empfindungen waren stets nur von momentaner Dauer, da ihnen die sofortige Schlafbewußtlosigkeit folgte. Besser noch kamen sie zur Wahrnehmung, wenn zufällige oder vorbereitete Reize ein sofortiges Erwachen veranlaßten. In diesem Falle konnte ich eine unleugbare, wenn auch kurze Nachwirkung der geschilderten Erscheinungen bemerken. Ähnliche Symptome wiederholten sich beim plötzlichen Erwachen, mit dem Unterschiede, daß die Strömungs-, Druck- und Spannungsempfindungen weniger deutlich waren, aber um so mehr das Gefühl hervortrat, als rollte von den Sinnesorganen ein dagewesenes Hindernis plötzlich hinweg. Obwohl beim Entstehen der genannten Empfindungen das Einüben eine gewisse Rolle spielen durfte, ließ sich die Deutung doch nicht gänzlich abweisen, als hätten wir es hier mit — wenn auch noch unbekannten — Reflexwirkungen zu tun. Am nächsten steht der Gedanke, daß es vasomotorische Erscheinungen seien. Fühlen wir doch beim Erröten, beim Erblassen des Gesichtes ähnliche Druck-, Spannungs- und Strömungsveränderungen, die sichtbar durch vasomotorische Funktionen erzeugt sind. Die plethysmographischen Aufzeichnungen Bergers, Lehmanns, Brodmanns sowie die Experimente Mossos, Mays', Sarlos und Bernardinis lassen aber ähnliche Blutdruckwirkungen der Vasomotoren im Gehirn beim Einschlafen und Erwachen nicht bemerken. Die Blutfülle des Gehirns wechselt sowohl im Schlafe, wie im Wachzustande gleichmäßig und fortwährend. Die mit den Herzbewegungen synchronischen Pulsationen, die mit den Atmungsbewegungen zusammenfallenden Oszillationen und die selbständigen, von den Blutdruckveränderungen unabhängigen vasomotorischen Undulationen der Gehirngefäße hören niemals auf. Positiv scheint nur soviel nachweisbar zu sein, daß im Momente des Einschlafens nicht nur die Blutgefäße des Gehirns, sondern auch die der Extremitäten in einen vasodilatatorischen Zustand geraten und blutreicher werden, wobei jedoch der arterielle Zufluß — abgesehen von den fortdauerden Pulsationen, Oszillationen und Undulationen — unverändert bleibt, während der venöse Abfluß erschwert wird. Hierdurch steigert sich im Stadium des Vorschlafes die Blutfülle des Gehirns. In der Phase des Nachschlafes erleichtert sich der venöse Abfluß wieder allmählich, und es vermindert sich die Blutfülle, obwohl bei Einwirkung heftiger Weckreize stets eine, dem Reize angepaßte, plötzliche Vasodilatation zustande kommt. — Sollte diese Behinderung des venösen Abflusses als Schlafreflexwirkung angesprochen werden, so könnte

vielleicht mit dem Anwachsen der Blutfülle das Gefühl der Blutströmung erklärt werden. Der Mangel jeder besonderen Blutdruckveränderung hingegen ließe das Zustandekommen des Spannungsgefühles unaufgeklärt.

Es müssen somit andere, noch nicht erforschte Schlafreflextätigkeiten mit im Spiele sein. — Daß diese Schlafreflexe von den später zu besprechenden Erholungsreflexen verschieden sind, erhellt aus dem gegenseitigen Verhältnisse der beiden zueinander. Der Schlafreflex löst den Erholungsreflex sozusagen aus, beide verhalten sich zumeist geradezu konträr, insofern die vasomotorischen Undulationen der Erholungsreflexe um so kleiner und seltener sind, je größer die durch den Schlafreflex bedingte Tiefe der Bewußtlosigkeit ist, und umgekehrt. Klinisch dokumentiert sich das Verhalten der Schlafreflexe in den mannigfachen Formen des phylogenetisch periodischen Schwindens und Wiederkehrens des Bewußtseins. — Für das phylogenetische Entstehen der Periodizität der Schlafbewußtlosigkeit spricht der biologische Wert und die physiologische Eigenart des Schlafes, sowie der Winter- und Sommer-, Tag- und Nachtschlaf verschiedener Tierarten.

Das Bild der Erholungskurve spricht keinesfalls für die erwähnte Zweiteilung des Schlafzustandes. Der gleichmäßig progressive, wenn auch undulierende Gang der Erholung an sich ließe eine solche Auffassung nicht aufkommen. Wenn man aber bedenkt, daß der erholungsbedürftige Zustand vor dem Einschlafen und der erholte Zustand nach dem Erwachen ganz entgegengesetzte, eigenartige Gemeingefühle und Empfindungen erwecken, diejenige der *Schläfrigkeit* und diejenige der *Munterkeit*: so dürfte doch ein Übergang des einen Zustandes zum anderen, also die Trennbarkeit in zwei verschiedene Phasen, vorausgesetzt werden, selbst dann, wenn deren Grenzen nicht genau zu markieren sind. Auch sonstige Reflexerfolge, z. B. die Reaktionszeit, die Merkfähigkeit, die Hautempfindlichkeit, der Raum- und Zeitsinn usw., wenn man sie einer vergleichenden Messung unterwirft, sprechen für zweierlei Zustände vor und nach dem Schlafe, wenn auch der Übergang von einem zum anderen fließend erscheint.

Bergers Untersuchungen beweisen zur Genüge den vasomotorischen Wert des Verwornschen Biotonus. Demnach wäre im korrelativen Verhalten der Blutgefäße zu den stofflichen Assimilationen und Dissimilationen ein Reflexmechanismus zu finden, der den lokalen Kraft- und Stoffumsatz reguliert und der von den vasomotorischen Zentren unabhängig arbeitet. Die Kraft- und Stoffveränderungen gelten als lokale Reize, die, in lokalen, vasomotorischen Reflexen ausklingend, eine so feine Einstellung der Blutgefäße gestatten, daß sich der Biotonus überall an die geringsten Lebensvorgänge genau akkommodieren kann. Und eben diese biotonischen Reflexe müssen als Erholungsreflexe angesprochen werden, weil sie sich während des Schlafes den Traumempfindungen, Traum-

gedanken und Traumreaktionen in nachweisbaren Undulationen anpassen und der Grad der Erholung von ihnen abhängig ist. — In den klinischen Bildern der Schlafstörungen stoßen wir tatsächlich auf die vielgestaltigen Symptome der Schläfrigkeit und der Munterkeit als solche, die uns über den jeweiligen Zustand der Erholungsbedürftigkeit und des Erholtseins Aufschluß geben. — Die große individuelle Akkommodationsfähigkeit der Erholungsreflexe an die äußerlichen und innerlichen Zustands- und Reizveränderungen kann als Beweis für deren ontogenetische Entwicklung betrachtet werden.

Sobald im Zustande des Schlafes zweifache Gegensätze anerkannt werden müssen, steht auch der Voraussetzung nichts mehr im Wege, daß sich die Schlafstörung teils auf das Einschlafen oder das Erwachen, teils auf die Schläfrigkeit oder die Munterkeit beschränken kann. Hierdurch ist die Möglichkeit des *krankhaften Einschlafens* (*Dyskoimesis*), des *krankhaften Erwachens* (*Dysegersis*), der *krankhaften Schläfrigkeit* (*Dysnystaxis*), und der *krankhaften Munterkeit* (*Dysphylaxia*) gegeben. Alle vier Formen der Schlafstörung besitzen eigenartige, klinisch merkbare Erkennungszeichen, sowohl formeller und zeitlicher Natur, als auch in Gemeingefühlen und Reaktionen ausklingend.

Ein weiterer, klinisch faßbarer Unterschied im Bilde der Schlafstörungen ergibt sich durch die Art der auslösenden Reizursachen. Nicht allein die Schlafreize und Weckreize, sondern auch die Ermüdungsreize und Erholungsreize können äußere (heterogene, exogene) und innere (autogene, endogene) sein. Ein Schlummerlied z. B., eine Befehlssuggestion, ein Schaukeln des Körpers oder ein Streicheln der Haut dürfte jedenfalls nur als äußerer Schlafreiz aufgefaßt werden. Hingegen kann die psychische Ermüdung, die Autosuggestion, die Narkose wohl als innerer Schlafreiz gelten. Starke Sinnesreize, periphere Schmerzen, Körpererschütterungen sind gewiß rein äußere Weckreize; erregende Träume, Zeitsuggestionen, heftige Traumreaktionen dagegen innere Weckreize. Daßelbe gilt von den ermüdenden und erholenden, schlafstörenden und schlafbefördernden Reizen, wobei als innere nur diejenigen aufzufassen sind, die im Zentralnervensystem selbst sitzen, während alle aus den peripheren Körperteilen stammenden Reize zu den äußeren gehören.

Diesen Umstand erwägend, darf man die oben benannten Schlafstörungen noch teils als *exogene*, teils als *endogene* betrachten.

Nebst diesen Unterschieden zeigt das Krankheitsbild des Schlafes jedenfalls noch ein positives oder ein negatives Verhalten der erwähnten Reflexe, und zwar sowohl bezüglich der *Quantität* wie der *Qualität* des Erfolges. Die Bewußtlosigkeit kann seichter oder tiefer, kürzer- oder längerdauernd, aber auch unvollkommen, durch Traumhilder beeinflußt

oder vollständig traumfrei sein. Die Erholung vermag sich nicht nur minder oder mehr verzögert oder beschleunigt zu gestalten, sondern sie kann auch einseitig schlimmer oder besser werden, den sonstigen Schlaferscheinungen ungenügend angepaßt oder im Erfolge übertrieben sein. Die quantitativen Intensitätsveränderungen der Irritabilität, der metabolischen Vorgänge, sowie jene der Dauer und der Lebhaftigkeit des Reflexaktes innerhalb des Reflexbogens rufen jedenfalls nur einen negativen hyposthenischen oder einen positiven, hypersthenischen Reflexerfolg hervor. Eine Verminderung oder Vermehrung der Reizbarkeit, eine Schwächung oder Stärkung des Reflexerfolgs, eine Verzögerung oder Beschleunigung der Reflexarbeit, eine Abkürzung oder Verlängerung des Reflexvorganges wird die Folge solcher quantitativer Kraft- und Stoffveränderungen sein.

Kommen jedoch zu diesen Faktoren die hemmenden und bahnenden Beiwirkungen verschiedener Nebenreflexe hinzu und entfalten sich hierdurch die sog. äußeren Anregungen (Amberg) und Abschreckungen, sowie die inneren Antriebe (Kraepelin) und Behinderungen, so gestaltet sich qualitativ das negative Resultat zum parasthenischen, das positive zum palinsthenischen Reizerfolge. Die Erschwerung und Erleichterung der Reizeinwirkung, die Verschlimmerung und Verbesserung des Reizerfolges, das Träger- oder Lebhafterwerden der reizerzielten Arbeit, die Verstümmelung oder Übertreibung der reizverlangten Vorgänge des Kraft- und Stoffwechsels führen zu einer perversen oder paradoxen Qualität der Reflexveränderung.[1]) — Klinisch vermag man diese Veränderungen einerseits in den Steigerungen und Herabsetzungen des Schlaferfolges, andererseits im quantitativen und qualitativen Widerspruche zwischen den auslösenden Reizen und der ausgelösten Arbeitsleistung aufzufinden. Was hyposthenische, hypersthenische und parasthenische Erscheinungen sind, brauche ich nicht zu erklären. Palinsthenisch nenne ich alle diejenigen, bei welchen geringe Reize große positive Effekte hervorrufen, jedoch solche, deren Erfolgqualität der Reizqualität nicht entspricht. Wenn z. B. der einfach quantitativ schwache Kniereflex hyposthenisch, der einfach quantitativ starke hypersthenisch genannt wird, so ist der qualitativ veränderte schwache, verspätete, träge, wankende oder wogende Reflex als parasthenisch zu bezeichnen. Als palinsthenisch hingegen kann derjenige betrachtet werden, der zwar kräftig, aber qualitativ verändert ist, weil er mit einer paradoxen Beugung des Knies, oder mit einem Reflexerfolg in nicht gereizten Muskelgruppen, oder gar auf der nichtgereizten anderseitigen Extremität verbunden ist.

Die näheren Details dieser meiner Untersuchungsergebnisse habe

[1]) Lechner: A reflextipusokról E.M.E.O.T, Értesitö. 1903.

ich anderwärts ausführlich besprochen.[1]) Hier möge für Zwecke der folgenden klinischen Betrachtungen nur soviel konstatiert sein:

1. Daß es besondere Störungen des Vorschlafes und andere des Nachschlafes, d. h. des Einschlafens und des Erwachens, gibt;

2. daß die Störungen der Schlaftiefe von jenen der Schlaferholung getrennt werden können;

3. daß, je nach den heterogenen oder autogenen Ursachen, exogene und endogene Schlafstörungen voneinander zu unterscheiden sind;

4. daß, abhängig vom Schlaferfolge, sich hyposthenische, hypersthenische, parasthenische und palinsthenische Formen der Schlafstörungen ergeben.

Vorläufig sollen nur diejenigen Störungen des Vorschlafes kurz besprochen werden, die eine Verminderung oder Verkürzung des Schlaferfolges zeigen, also in das Bereich der Schlaflosigkeit gehören. Die ebensolchen Störungen des Nachschlafes, sowie diejenigen, welche im Rahmen beider Kategorien mit positiver Vertiefung und Verlängerung des Schlafes einhergehen, mögen ein anderes Mal erläutert werden.

Zu bemerken wäre noch, daß die aus Störungen des Vorschlafes sich entwickelnden Schlaflosigkeiten immer nur hyposthenischer oder parasthenischer Art sein können. Hypersthenische und palinsthenische Formen kommen hier nicht vor, weil diesen nur stets mit einer Vergrößerung des Schlafeffektes verbunden sind, somit als Formen des übermäßigen Tiefschlafes und Langschlafes aufzufassen sind.

* * *

Alle in die Kategorie der Vorschlafstörungen gehörigen Schlaflosigkeiten sind durch einen, sich stets nur auf die Periode des Einschlafens erstreckenden, negativen Schlaferfolg gekennzeichnet. Sobald das Einschlafen gelungen ist, verläuft der Nachschlaf in ganz oder nahezu normaler Weise. Wo das Einschlafen nicht gelingt, bleibt der Nachschlaf natürlich gänzlich weg. Die Störung kann sich auf die Schlaftiefe beschränken oder im Bereich der Schlaferholung auftreten. Im ersteren Falle haben wir es mit einem *gestörten Einschlafen* (*Dyskoimesis*), im letzteren Falle mit einer *Störung der Schläfrigkeit* (*Dysnystaxis*) zu tun. Beide werden bald durch *äußere* (*exogene*), bald durch *innere* (*endogene*) Ursachen hervorgerufen und reihen sich entweder dem *hyposthenischen* oder dem *parasthenischen* Reflextypus ein, je nachdem, ob sie nur *quantitative oder auch qualitative* Veränderungen zeigen.

[1]) Lechner: Az álomról. 1906.

I. Das gestörte Einschlafen.

Vier Hauptformen sind zu unterscheiden:

1. Das schwache, leise Einschlafen (Leptokoimesis). Unter diesem Namen fasse ich alle jene Einschlafstörungen zusammen, bei denen ausschließlich äußere Ursachen eine exogene Hyposthenie der Schlaftiefe erzeugen. Es kommt quantitativ zu keiner vollständigen Bewußtlosigkeit, weil schon der kleinste äußere Reiz die Entwicklung der gehörigen Schlaftiefe behindert. Der Einschlaf wird oberflächlich, zeigt aber keine qualitative Veränderung und bleibt beim höchsten Grad des Leidens ganz aus. Äußere und periphere Ursachen bringen eine auffallende, allgemeine psychische Irritabilität hervor. Diese scheint die Reizschwelle des Schlafreflexes zu erhöhen. Starke Reize, wie arger Lärm, große Helligkeit, heftige Körperschmerzen usw., können auch das normale Einschlafen unmöglich machen. Beim leisen Einschlafen bewirken dies oft die allergeringsten peripherischen Reize. Hieraus kann auf eine Infirmation, auf einen hyposthenischen Zustand des Schlafreflexes gefolgert werden. Entweder kommt es infolge der Unmöglichkeit des Einschlafens überhaupt zu keinem Schlaf, oder, je nach Größe und Dauer der Hyposthenie, nur zu einer oberflächlichen, von Traumvorgängen lebhaft begleiteten Bewußtlosigkeit. Das Gefühl der Schläfrigkeit ist dabei ganz unverändert, kann sogar — wenn auch selten — ziemlich groß werden. Dieser schlaflose Zustand dauert gewöhnlich drei bis vier oder mehr Stunden. Ihm folgt ein ruhiges, allmähliches, sechs bis siebenstündiges, zumeist traumloses Erwachen, nach welchem eine normale, ausgeschlafene Munterkeit, seltener ein unbedeutendes Gefühl des Nichtausgeruhtseins wahrzunehmen ist.

Stehen äußere, bedeutende Schlafhindernisse im Vordergrund, so mag man den Zustand ein behindertes Einschlafen (Empodisto-koimesis, Indormitio) nennen. Tritt dagegen mehr die ungenügende Tiefe der Bewußtlosigkeit, infolge der Asthenie des Schlafreflexes hervor, so haben wir es mit einem oberflächlichen Einschlafen (Atonokoimesis) zu tun, das ein langgedehntes, leichtgestörtes Erwachen nach sich zieht. Das bis zur vollen Schlaflosigkeit gesteigerte Leiden kann als Schlafunfähigkeit (Akoimesis, Insomnia transitoria) bezeichnet werden, die erfahrungsgemäß stets nur transitorisch ist. Wenn kein Einschlafen möglich ist, gibt es natürlich auch kein Erwachen, wobei die Gemeingefühle der Schläfrigkeit dann, je nach der Dauer der Schlafunfähigkeit, sich zu beträchtlicher Höhe steigern können.

Als Ursachen des geschwächten Einschlafens sind starke, ermüdende Sinnesreize, erhöhte Irritabilität der Sinnesorgane, heftige körperliche

Schmerzen, große körperliche Müdigkeit, Krankheiten der Sinneswerkzeuge und der Geschlechtsorgane zu erwähnen.

Die Therapie muß sich auf die Beseitigung der genannten Ursachen beschränken. Ruhe, warme Bäder, Bromsalze, antineuralgische Mittel genügen für gewöhnlich. Bei Atonokoimesis und Akoimesis zeigt sich oft die Galvanisation des Kopfes als wirksam.

Beob. 1. Akoimesis. — Frau M. C., 29 Jahre alt, Großgärtnersgattin, gebar am 13. September 1905 ihr fünftes Kind. Perinealruptur. Im Verlauf der ersten Laktationsperiode tritt eine akute Nephritis mit polyneuritischen Erscheinungen auf, wahrscheinlich infolge puerperaler Intoxikation. Rasch entwickeln sich schwere Paresen der Füße, dann der Hände und Arme. Später kommen Schluckbeschwerden, näselnde Sprache, geringe Dyspnoë und Strabismus convergens hinzu. Im Harn erscheint Eiweiß, die Extremitäten und das Gesicht worden ödematös. Schmerzhafte Druckpunkte, Parästhesien usw. treten auf. Der geringe dyspnoëtische Zustand allein, wenn die Parästhesien schweigen, stört das Schlafen nicht. Dagegen behindern die fortwährend kribbelnden Parästhesien das Einschlafen. Patientin sitzt bis 2 oder 3 Uhr morgens schläfrig, aber schlaflos im Bette, versinkt selten in einen Halbschlaf und erwacht dann — genügend erholt — gegen 9 Uhr morgens. Bettruhe und warme Bäder erzielen eine Linderung der Beschwerden und damit einen ausgiebigen Schlaf. Milchkur, später Galvanisation der Extremitäten beschleunigen die Besserung. Ende Februar 1906 vollkommene Heilung.

Beob. 2. Indormitio. — A. O., 69 Jahre alt, Apotheker. Leidet seit zwei Jahren an fortwährendem Jucken der Haut am ganzen Körper, besonders in den Lenden und entlang der Oberschenkel. Senile Veränderungen. Allgemeine Arteriosklerose. Anämie der Haut. Die Bettwärme vermehrt das Jucken. Deshalb schlaflose Nächte, später leiser Halbschlaf. Schlafen des Morgens und bei Tag mit genügender Erholung. Innerlich Jodsalze. D'Arsonvalisation der Haut. Bäder. Das Jucken wird geringer und damit der Schlaf besser. Jede Vermehrung des Juckens erschwert stets das Einschlafen.

Beob. 3. Atonokoimesis. — S. D., 30 Jahre alt. Gendarmunteroffiziersgattin. Hysterische Anlagen. Seit neun Wochen supraorbitale Neuralgieanfälle beiderseits mit Schmerzhaftigkeit der Augen und heftiger Kephalalgie, im Anschluß an eine linksseitige Parametritis und Salpyngitis. Zu den Anfällen gesellt sich ein nervöses Herzklopfen und ein leiser Schlaf, den schon sehr geringe Reizeinwirkungen störend beeinflussen. Patientin liegt in diesem oberflächlichen Schlummer bis 3 oder 4 Uhr in der Früh. Sodann folgt ein fünf bis sechsstündiges lebhaftes Träumen und darauf ein plötzliches Erwachen mit großer Empfindlichkeit in der Orbitalgegend, besonders der Augenlider. Schläfrigkeit oder ein Gefühl des Unausgeschlafenseins bleibt nicht zurück. Bettruhe, Eisumschläge, später Prießnitzumschläge auf den Bauch, Leducsche Elektrisation des Kopfes, kohlensaure Bäder bei Herzerregungen verscheuchen die Schmerzen und lassen einen ruhigen Schlaf zustande kommen. Vollständige Heilung in $6^1/_2$ Wochen.

2. Das schwere, unruhige Einschlafen (Mogikoimesis) unterscheidet sich vom leisen Einschlafen vorzüglich durch qualitative Veränderungen. Es kommt nicht so sehr zu einer ungenügenden Tiefe der Bewußtlosigkeit als vielmehr zu einer Diffikultation, zu einem erschwerten, modifizierten Ablauf des Einschlafens infolge beitretender hemmender Einflüsse. Der eigentümliche Verlauf kann getrost als exogene Parasthenie der Schlaftiefe aufgefaßt werden. Charak-

teristisch ist daran, daß das Einschlafen anfangs immer gut vonstatten geht. Nach einer $^1/_4$—$^1/_2$ stündigen Schlafdauer treten aber Schwierigkeiten auf. Der Patient wird unruhig, wüste Träume stellen sich ein, die Schlaftiefe unduliert lebhaft, und es kommt entweder zu einem plötzlichen, oft mehrfach wiederholten Erwachen oder zu unbewußten Schlafreaktionen. Die Behinderung des Einchlafens kann mehrere Stunden dauern. Schließlich schläft der Patient tief genug ein, um dann, durch ein normales, fünf bis sechsstündiges Erwachungsstadium hindurch, ganz wohlauf zu erwachen. Als hemmende Einflüsse gelten immer nur äußere oder periphere Einwirkungen, die wohl nur halb und traumhaft verändert ins Bewußtsein gelangen, aber durch vasomotorische oder andere Reflexerfolge den Schlafreflex in seinen kontraktilen Wirkungen zu hemmen geeignet sind. Es kann der Erfolg auch als ermüdete Reaktion des Schlafreflexes aufgefaßt werden. Schlechte Lagerung des Körpers, hohe oder niedrige Temperatur des Schlafraumes, Belästigung durch Ungeziefer, Nachhintensenkung der Zunge, Verstopfung der Nase, Verschleimung der Bronchien, Überfüllung der Blase, Völle des Magens, Gase des Darmes, starkes Herzklopfen, arge Transpiration usw. verursachen lebhafte Reflexwirkungen, oft ängstliches Träumen mit heftigen Affekten, Traumreden und Traumgebärden, die insgesamt auf den Ablauf des Schlafreflexes störend einwirken. Ein plötzliches Erwachen mit unangenehmen Empfindungen, selbst stürmisch auftretenden Angstzuständen, oder ein unruhiger, traumbelebter Schlaf sind die Folgen dieser hemmenden Einwirkungen. Nach kurzem Wachsein oder nach längerdauernder Unruhe tritt der volle Schlaf in seine Rechte. Und eben hierdurch unterscheidet sich dieser Zustand vom echten Pavor nocturnus postdormitionalis, der als krankhaftes Erwachen immer in das Stadium des Erwachens fällt. Diejenigen Formen, die in die Phase des Einschlafens einsetzen und danach ein ruhiges Ausschlafen gestatten, gehören in die Kategorie des Mogikoimesis. Die Schläfrigkeit vor dem Einschlafen und die Munterkeit nach dem Erwachen zeigt keine besonderen Abweichungen, höchstens fühlt der Patient vorher und nachher etwas Müdigkeit.

Es kann vorkommen, daß hierbei nicht so sehr das Erscheinen hemmender Reflexwirkungen in den Vordergrund tritt, als vielmehr der Ausfall gewohnter bahnender äußerer Einflüsse. Der Mangel des eigenen Bettes, ungewohnte Körperlage, fremde Bettdecken, das Fehlen allabendlich eingeübter, schlafbringender Reize, wie jene des Uhrtickens, einer Tasse Milch, eines Glases Wasser, einer kurzen Abendlektüre usw., lassen den gut angehenden Einschlaf nicht zur vollen Entwicklung gelangen und bringen ein traumbelebtes, unruhiges, durch Schlafreaktionen, ev. durch Erwachen unterbrochenes Weiterschlafen hervor. Wenn wir das durch äußere hemmende Einwirkungen erschwerte Einschlafen den versch eu chten Einschlaf (Phoberokoimesis) nennen, so darf

das durch den Ausfall der bahnenden Einflüsse unterdrückte Einschlafen als **unterdrückter Einschlaf (Diaptokoimesis)** bezeichnet werden. — Den pavorähnlichen Zustand des verscheuchten Einschlafens dürfte man — zum Unterschied — mit dem Namen der **Einschlafangst (Angokoimesis. Pavor praedormitionalis)** belegen.

Die Ursachen des schweren, unruhigen Schlafes sind beim Anführen der hemmenden und bahnenden Reize schon erwähnt worden. Sie haben aber eigentlich nur dann einen störenden Effekt, wenn konstitutionelle, neuropathische Schwächezustände, neurasthenische Ermüdbarkeit, hysterische oder epileptische Reizbarkeit den Boden dazu vorbereitet haben.

Die Therapie braucht sich nur auf die Beseitigung der schwächenden Momente zu beschränken. Das Brom bringt keinen Nutzen. Die Hypnotika pflegen eher zu schaden. Bei der Diaptokoimesis haben, nach dem plötzlichen Erwachen, beruhigende Wachsuggestionen, beim unruhigen Schlaf oft auch gut angewendete Schlafsuggestionen eine auffallende Wirkung. Auf einfaches Zusprechen sistiert zumeist plötzlich das Traumreden und das ungestüme Herumwerfen und Herumschlagen des Schlafenden.

Beob. 4. **Pavor praedormitionalis.** — G. B., 11 Jahre alt. Gymnasialschüler. Körperlich schwach, geistig normal, etwas zerstreut. Leidet seit zwei Wochen an nächtlichen Angstanfällen. Obwohl er sich tagsüber ganz wohl befindet und abends recht gut einzuschlafen scheint, wacht er 20—25 Minuten nach dem Einschlafen plötzlich halb auf, sieht schwarze Gestalten, Teufel, Hexen, wird ängstlich, aufgeregt, schreit laut, zittert in den Händen und läßt den Urin ins Bett. Das Bewußtsein ist während des Anfalles getrübt, verwirrt, unorientiert. Die Pupillen reagieren gut. Die Reflexe bleiben normal. Krämpfe sind nicht nachzuweisen. Ohne das Bewußtsein ganz zu erlangen, wird Patient allmählich ruhiger und schläft nach 10—20 Minuten wieder ein, um nach weiteren sieben bis acht Stunden wohlauf zu erwachen. Die Erinnerung an die halluzinativen Traumgestalten bleibt lebhaft zurück. Er erzählt seine Kämpfe mit den Hexen in allen Details genau. Einzelne Symptome lassen auf das Vorhandensein von Würmern im Darme schließen. Auf Santonin und Kalomel gehen in der dritten Woche vier Stück acht bis zehn Zentimeter lange Askariden ab. Seither kein Pavor und kein Bettnässen mehr.

Beob. 5. **Phoberokoimesis.** — S. L., 21 Jahre alt, Kellner, neuropathische Konstitution. Blutarm. Leidet seit einem Jahre an Neurasthenie mit Schwindel, Kopfschmerz, Müdigkeit, Parästhesien, Herzklopfen, Tremor, Depression und reizbarer Schwäche. Der Schlaf ist gestört, weil Patient kurz nach dem Einschlafen plötzlich erwacht und unruhig wird, um dann zwei bis vier Stunden wach zu bleiben. Er würde so gut schlafen — sagt er —, wenn das Herzklopfen und diese Parästhesien ihn nicht aus dem besten Schlafe erwecken möchten. Nachher wird er allmählich wieder ruhig, schläft vier bis fünf Stunden weiter und wacht zumeist müde, mit neuen Kopfschmerzen auf. — Bei Ruhe, Milchkur, blutbildenden Mitteln, Halbbädern mit Abgießungen, zeitweise dargereichtem Pyramidon oder Migränin schwinden alle unangenehmen Symptome, der Schlaf wird normal, und der Patient wird nach vier Monaten geheilt entlassen.

Beob. 6. **Diaptokoimesis.** — L. L., 35 Jahre alt. Arzt. Erworbene Hystero-Neurasthenie mit Hang zu Autosuggestion. — Kann nur im eigenen Bett, auf der rechten Körperseite liegend, vollkommen ausgestreckt, mit zwei Kissen

unter dem Kopfe, die rechte Hand unter das erste Kissen gesteckt, eine Flaumdecke auf die Füße gelegt, einschlafen. Nebstbei muß der Nachttisch rechts, die Taschenuhr darauf sichtbar, die Geldtasche unter dem zweiten Kissen verwahrt, das Zimmer dunkel und ein Glas Wasser sowie eine elektrische Lampe in Bereitschaft sein. Wenn nur eine dieser Bedingungen fehlt, wird der Schlaf nach kurzem, gutem Anfang unruhig. Der Patient fängt an zu stöhnen, dreht sich herum, redet ängstlich, stößt mit den Füßen herum, ohne ganz aufzuwachen. Nebstbei kommt es zu verworrenen Träumen, worauf er sich morgens nur ungenau erinnert. Nach zwei- bis dreistündiger Unruhe tritt der normale Schlaf ein, und nach weiteren fünf bis sechs Stunden wacht der Patient gut ausgeschlafen auf. — Neben antihysterischer und allgemein stärkender Behandlung wurden Schlafsuggestionen durchgeführt. Die verschiedenen Autosuggestionen verloren sich nacheinander. Schließlich wurde der Schlaf vollkommen ruhig, durch die erwähnten Gewohnheiten unbeeinflußt.

3. Das verzögerte, verlangsamte Einschlafen (Bradykoimesis) bringt eigentlich keine Verminderung der Schlaftiefe mit sich, sondern geht hauptsächlich mit einer durch innere Ursachen bedingten quantitativen Verlangsamung (Retardation) des Einschlafens einher. Die gehörige Schlaftiefe wird erst nach viel längerer Zeit erreicht. Man dürfte diesen langsamen Gang des Vorschlafes als eine endogene Hyposthenie der Schlaftiefe bezeichnen. Das Einschlafen beginnt dabei regelmäßig, zieht sich aber in die Länge und es dauert oft drei bis vier Stunden, bis die gehörige Schlaftiefe erreicht wird. Inzwischen kommt ein halbwacher Zustand zur Geltung, mit ungenügendem Abschluß von der Außenwelt, der ein längeres Hypnagogium zuläßt. Der Schlafende bleibt infolgedessen noch lange im Kontakt mit seinem Körper und mit der Außenwelt, verwebt aber seine Eindrücke mit dem gleichzeitig ablaufendem Traumleben. Keineswegs sind es exogene Reize, die die Verzögerung und das Offenbleiben für den Zutritt der Außenreize verursachen. Immer sind endogene Ursachen nachzuweisen, namentlich solche innerhalb der Ernährungsverhältnisse des Gehirns. Je nachdem welche Sinneswege mehr minder offen bleiben, drängen sich in das beginnende hypnagogische Traumleben verschiedene Sinneswahrnehmungen ein. — Bald sind es vorzüglich Gesichtswahrnehmungen, bald ausschließlich Gehörsempfindungen. Auch andere Sinnestätigkeiten, ja selbst Gemeingefühle und Gemütsaffekte. können sich dabei beteiligen. Der Einschlafende nimmt äußere und periphere Reize wahr, verarbeitet sie im Halbschlafe zu Traumgestalten und erinnert sich ihrer nachträglich gerade so wie anderer hypnagoger Träume. Endlich kommt es zur tiefen Bewußtlosigkeit, und der übrige Schlaf geht seinen regelmäßigen Gang. Das Schläfrigkeitsgefühl ist dabei nicht wesentlich beteiligt. Die Munterkeit danach zeigt sich normal. Störende Außenreize sind nicht zu finden. Die Tiefe der Bewußtlosigkeit ist ohne qualitative Veränderungen einfach hyposthenisch vermindert. Es handelt sich um eine mehr oder minder teilweise Retardation des Schlafreflexes, verursacht durch endogene Reize, wobei bald das Offenbleiben

der Projektionswege, bald das Erscheinen der ausgelösten Reizeffekte in den Vordergrund tritt.

Sobald infolge des langsamen Reflexschlusses das totale oder partielle Offenbleiben der Projektionsbahnen zur Geltung gelangt, haben wir es mit dem sog. Wachen-Träumen (Somnum-Vigilans) zu tun. Der Einschlafende sinkt in eine Art Betäubung, nimmt die Außenvorgänge wahr, träumt Mannigfaches dazu, und vermengt das Wahrgenommene und das Geträumte miteinander, wie man das durch ein Erwecken leicht konstatieren kann. Die Reflexerregbarkeit von Seite der Sinnesorgane ist dabei, trotz des Schlafes, nachzuweisen. Der Schlafende reagiert auf Außeneindrücke. Es werden jedoch diese Reaktionen durch Traumvorgänge beeinflußt. Der Umstand, daß die Sinnesreflexe noch ungetrübt ablaufen, verleiht, durch die vorhandenen Funktionsempfindungen, auch den Traumbildern den Schein der Realität. Wo die Wahrnehmungsempfindungen der Außenreize in den Traumgestaltungen weniger zutage treten, vielmehr nur noch mannigfache, durch sie erregte, stürmisch-wechselnde Traumbilder zum Vorschein kommen, dort haben wir den sog. Dämmerschlaf (Oneiropolia, Hypnagogium) vor uns. Auch bei diesem Zustande bringt das verzögerte Einschlafen, mit seinem unvollkommenen Abschluß von der Außenwelt, die Möglichkeit lebhafter Reizwirkungen hervor, jedoch ohne Objektivierung der Sinneseindrücke. Es zeigt sich eine deliriumartige, fortwährend rasch wechselnde, zumeist sehr unvollkommene, niemals ein zusammenhängendes Traumgeschehen erlaubende, kaleidoskopisch-bunte Bilderreihe, mit darunter halben, deffekten, partiellen, oft nur auf Farben-, Ton-, Geruchs-, Geschmacksphänomene sich beschränkenden, wirren Erscheinungen, oder gar nur Vorstellungen. Eigentümlich ist es dabei, daß der Einschlafende oft die schönen Traumbilder festzuhalten, die häßlichen zu verscheuchen bestrebt ist, dies ihm aber niemals gelingt. Die Reaktionsfähigkeit ist nebstbei behindert, höchstens auf rein organomotorische Reaktionen beschränkt. Fast könnte man diesen Dämmerschlaf als Übergang zu den Delirien auffassen. — Beide Arten des verzögerten Einschlafens sind durch ein leichtes Erwachen aus dem Halbschlafe, durch einen darauffolgenden ruhigen, wenn auch oberflächlichen Nachschlaf und durch eine vorangehende tüchtige Schläfrigkeit gekennzeichnet. Während der Dauer dieser Schlafstörung sind sämtliche körperliche Lebensfunktionen, wie im normalen Schlafe, vermindert, selbst die Körpertemperatur ist etwas herabgesunken.

Als hauptsächliche innere Ursachen dieser Schlafstörung kennen wir die Veränderungen der Blutfülle und des Blutdruckes im Gehirn, schlechte Ernährungsverhältnisse des Gesamtorganismus und alle jene Krankheiten, durch die solche Veränderungen hervorgerufen werden. Hierher gehören vorzüglich die Kopftraumen, die Infektionskrankheiten,

das Fieber, die narkotischen Gifte, die Herz-, Nieren- und Lungenleiden, die Stuhlverstopfungen und die Schwangerschaft. Auch psychische Affekte mit heftigeren vasomotorischen Begleiterscheinungen bringen oft solche Schlafzustände hervor.

Die therapeutischen Maßregeln müssen sich nach den Ursachen richten. Kalte oder warme Umschläge auf den Kopf und um den Hals, heiße oder kalte Fußbäder, antifebrile Medikamente, Herz-, Nieren- und Lungentätigkeit regulierende Mittel, Stuhlentleerungen, usw. führen zum gewünschten Resultat. Die Narkotika haben gewöhnlich eine schlechte Wirkung, besonders wird der Dämmerschlaf durch sie verschlimmert.

Beob. 7. Somnum vigilans. — T. S., achtzehnjähriges Mädchen, fährt aus der Hauptstadt mit Wagen zum Tanzkränzchen aufs Land zu einer bekannten Familie. Am Vorabende, ermüdet und freudig aufgeregt angekommen, wird sie, nach ungewohnt ausgiebigen, durch etwas Alkoholgenuß heiter gestimmten Abendessen, in ein einsames Gastzimmer gebettet. Sie schläft rasch ein, wenn auch später als gewöhnlich. Kaum hatte sie jedoch die Augen geschlossen, — so meint sie —, als auch schon vor ihr eine in einen Mantel gehüllte Bauerngestalt aufgetaucht war und mit erhobenen Armen und geladener Pistole auf sie zugeschritten kam. In der Gestalt erkannte sie einen Kutscher der Familie. Sie erschrak, wollte aufspringen, aber schon stürzte der Räuber auf ihr Bett, um sie zu fassen. Durch ihr lautes Schreien erweckt, kamen die Hausleute mit Lichtern herbeigeeilt und fanden das Mädchen kämpfend mit dem auf dem Bette liegenden Kleiderstock. Obwohl die Augen schon früher halb offen standen, ward sie erst jetzt ganz wach, erzählte die Räubergeschichte und glaubte diese wirklich erlebt zu haben. Der Kutscher wurde eingeholt und verhört. Der Tathestand wurde aufgenommen. Das Mädchen blieb bei ihrer Klage, räuberisch angegriffen worden zu sein. Als Resultat der Untersuchung ergab sich die Tatsache, daß ein nahe am Bett stehender, mit den Kleidern des Mädchens einseitig belasteter Kleiderstock, vom Mondschein hell beleuchtet, zur Ursache der Schlaferscheinung wurde. Die Traumbewegungen der beängstigten Schlafenden brachten den Kleiderstock zum Stürzen. Die Sturzbewegungen wurden ebenfalls traumhaft ausgemalt, so auch die Last der Kleider, die ergriffenen Haken des Kleiderstockes, usw. Nur die schwer beigebrachte klare Einsicht in die Tatsachen stellte die Gemütsruhe des Mädchens wieder her. Ein anfangs unruhiger, bald ruhiger Schlaf folgte dieser Affäre.

Beob. 8. Oneiropolia. — B. A., 55jähriger kleiner Beamter, war durch mißliche Umstände genötigt, mit einem ihm anvertrauten Epileptiker im selben Bette zu schlafen. Ein Nachtanfall des Epileptikers erschreckte nicht nur den schlechternährten Mann, sondern es geschah, daß er durch die Krampfbewegungen des Schlafgefährten aus dem schmalen Bette geworfen wurde und dabei eine blutende Verletzung der Kopfhaut erlitt. Von nun an ging der Beamte nur mehr mit großer Angst und mit Widerwillen zu Bette, konnte lange nicht einschlafen, wartete stets aufgeregt auf den kommenden Anfall (es war keine Nachtepilepsie), und versank schließlich nach stundenlangem Kampfe in einen unruhigen Halbschlaf, dessen rasch wechselnde Traumbilder aus lauter bunten, fratzenhaften, grinsenden, schaudervollen Gesichtern bestanden. Es erschienen ihm blutige Leichenköpfe, greulich gestaltete und sich schreckhaft bewegende menschliche Körperteile, farben- und formenwechselnde Antlitze, usw. Allmählich wurden diese Traumgesichter weniger aufregend, es traten angenehmere Erscheinungen auf; die letzteren gaben später

körper- und formlosen Farbenbildern Raum und schließlich trat der ruhige Schlaf ein, ohne aber des Morgens die gewohnte Munterkeit mit sich zu bringen. Es blieb die volle Erinnerung der Traumerlebnisse und eine dauernde Mißstimmung zurück. Dem sich täglich wiederholenden Dämmerschlafe machte nur die Trennung vom Epileptiker und die Heilung der Kopfwunde ein Ende.

4. Das träge, gehemmte Einschlafen (Oknokoimesis). Diese Einschlafstörung ist der vorigen wohl verwandt, indem sie ebenfalls weniger auf einer Verminderung der Schlaftiefe, wie auf deren Verzögerung beruht. Nur bezieht sich die Verzögerung nicht auf die quantitative Dauer des Vorganges, sondern auf die qualitative Art desselben. Das Einschlafen gelingt nur anfangs nicht, um später plötzlich ganz leicht zustande zu kommen. Hemmende Einflüsse endogener Natur bewirken den trägen, sozusagen unwilligen, behinderten Beginn. Ein Ablassen, ein Zurückhalten, eine Ignaviation des Vorschlafes entsteht, so daß man den Zustand als eine endogene Parasthenie der Schlaftiefe bezeichnen kann. Der Einschlafende fühlt bedeutende Schläfrigkeit, kämpft stundenlang um oder gegen den Schlaf, kann oder will nicht einschlafen, schläft aber dann — wenn er es am wenigsten erwartet — plötzlich und unerwartet ein. Während des Kampfes um den Schlaf sind weder äußere störende Reize, wie bei dem leisen und schweren Einschlafen, noch den Tiefschlaf hindernde Träume und Traumreaktionen, wie beim verzögerten Einschlafen, nachzuweisen. Desto mehr aber liegen rein psychische Ursachen vor. Furcht vor dem Einschlafen oder Nimmererwachen, Angst vor dem Ersticken im Schlafe, vor der Diarrhöe, vor dem Bettnässen, vor schrecklichen Träumen, der Gedanke einen Termin zu verschlafen, quälende Sorgen, freudiges Erwarten, unbefriedigter Schaffenstrieb, hocherregte Ambition, Nichteinschlafenwollen, sich viel Gedankenmachen, sich des Schlafes schämen, der Wunsch wach zu bleiben, usw. sind die häufigsten seelischen Schlafhindernisse.

Zwei Abarten dieser Schlafstörung sind zu unterscheiden. Bei der einen kommt vorzüglich der hemmende emotive Faktor zur Geltung. Das ist das affektive Einschlafen (Angokoimesis. Hypnophobia). Bei der anderen tritt eher der Mangel der bahnenden Momente, das Meiden, das Sichsträuben, das Nichtwollen, das affektlose, rastlose Denken in den Vordergrund und führt zum Schlafmeiden (Hypnomisia, Koimesomisia).

Zu den Ursachen dieser Schlaflosigkeit sind nur innere psychische und zwar aus dem wachen Zustande übernommene Einflüsse zu rechnen, wie sie vornehmlich die Schlafaskese und der Wachexzeß hervorbringt. Im Mannesalter verleitet die Genußsucht, die Habsucht, die Tatenlust gerade so dazu, wie die Kümmernisse des Lebens. Bei Kindern und jungen Leuten ist die Nachahmung, das Verleitetwerden, die schlechte Erziehung, die psychische Infektion häufig mit im Spiele.

Heilungsbedürftig sind diese Formen der Schlafstörung nur selten Sobald die Grundursachen vermieden werden, hört das Leiden auf. Bei Erwachsenen kann die Belehrung und Suggestion, bei der Jugend eine vernünftige Erziehung und ein richtiges Gewöhnen zum Ziele führen. Nur im Falle sehr heftiger Affekte und großer Überreizung dürfte die Anwendung beruhigender Mittel angezeigt sein.

Beob. 9. **Hypnophobia.** — A. T., 44jähriger Gymnasialprofessor von leidenschaftlicher Natur. Mäßiger Trinker. Raucht täglich 60—70 Zigaretten. Lebte bisher ein recht exzessives Nachtleben. Seit acht Monaten quälen ihn neurasthenische Beschwerden. Vor einigen Wochen verlor er zwei Kinder in kurzer Zeit hintereinander. Seither ist er traurig verstimmt und wird von einer ständigen Todesangst gepeinigt. Er fürchtet sich, zu Bette zu gehen, einzuschlafen, denn der Tod könnte ihn im Schlafe ereilen. Infolgedessen schläft er erst des Morgens ein. Suggestive Beruhigung, Regelung der Lebensweise, Einschränkung des Rauchens, stärkende Einwirkungen, abendlich warme Bäder, hie und da Narkotika brachten eine bedeutende Besserung und einen ungestörten Schlaf hervor. Ungeduld und Leidenschaftlichkeit ließen ihn die Kur nicht zu Ende führen.

Beob. 10. **Hypnomisia.** — J. D., 17jähriger Student, hereditär belastet, wurde durch seine verwitwete Mutter streng behandelt. Die Schule absolvierte er mit Mühe bis zur sechsten Gymnasialklasse; aus dieser brachte er ein ungenügendes Zeugnis nach Hause und wurde von seiten der Mutter zur Wiederholung der Prüfung bemüßigt. Der feste Wille, die Scharte auszuwetzen, die strenge Unbeugsamkeit der Mutter und das individuelle schwere Lernen zwangen den Jüngling dazu, auch die Nachtstunden zu Hilfe zu nehmen. Er wollte seither niemals schlafen gehen, wachte bei der Arbeit, bis ihn gegen ein bis zwei Uhr in der Nacht der Schlaf plötzlich überfiel, so daß er erst des Morgens beim Lerntisch, auf dem Buche liegend, erwachte. Dabei wurde er tagsüber immer mehr arbeitsunfähig, zerstreut, reizbar, heftig, selbst agressiv, bekam Kopfschmerzen, warf sich unruhig herum, fühlte sich matt, schläfrig und unwohl, konnte nicht einschlafen, nur des Morgens, ganz unerwartet, und mußte sich schließlich einer ärztlichen Behandlung unterwerfen. Die Abstellung des Arbeitszwanges, psychische Beruhigung, körperliche Stärkung und ein Trainieren des Schlafes stellte den normalen Zustand wieder her.

II. Störungen der Schläfrigkeit.

Vier Hauptformen sind anzunehmen.

1. **Das verminderte, verkleinerte Schlafbedürfnis** (**Oligonystaxis**). Wie alle Veränderungen der Schläfrigkeit ist auch die verminderte auf eine Störung der Erholung, bezw. der Schlafmüdigkeit, und zwar vor oder während des Einschlafens, zurückzuführen. Die Störung bleibt rein quantitaver Art und wird stets durch äußere Ursachen hervorgerufen. Somit haben wir es mit einer **exogenen Hyposthenie der Schläfrigkeit** zu tun. Besondere Veränderungen der Schlaftiefe sind nicht nachzuweisen. Eben deshalb kommen dabei die objektiven Symptome des Schlafes kaum in Frage, umso mehr jedoch die subjektiven. Vor allem zeigen sich die üblichen Erscheinungen der Schläfrigkeit mangelhaft oder bleiben gänzlich aus.

Das Gemeingefühl des Schlafbedürfnisses fehlt mehr oder minder. Zu einem erschwerten Aufmerken kommt es nicht. Das Stumpfwerden des Empfindungsvermögens tritt nicht ein. Das Gefühl der behinderten Aktions- nnd Reaktionsfähigkeit kommt nicht zum Vorschein. Und alles dies zu einer Zeit, wann der Schlaf mit seinen Vorerscheinungen sonst ungerufen sich zu melden pflegt. Die Tagesmunterkeit bleibt bis lange in die Nacht hinein ungetrübt bestehen. Es handelt sich dabei um eine quantitative Deminution des Schläfrigwerdens, um ein behindertes Zustandekommen der Schlafmüdigkeit. — Worin das Wesen der Schläfrigkeit zu suchen ist, bleibt bisher noch ungenügend aufgeklärt. Soviel ist jedoch bestimmt anzunehmen, daß der Mangel an Schläfrigkeit, gegenüber dem Verlaufe der normalen Schlafereignisse, einen negativen Effekt bedeutet. Wir haben es somit mit einer Ausfallserscheinung zu tun, und diese muß als hyposthenischer Reflexerfolg gedeutet werden. Es spricht auch der Umstand dafür, daß der Ausfall stets nur durch äußere Ursachen hervorgerufen wird, und zwar durch solche, die teils das Schläfrigkeitsgefühl nicht aufkommen lassen, teils es unterbrechen oder stören. Wenn, trotz fehlender Schläfrigkeit, der Schlaf — sei es verspätet oder unterbrochen — sich dennoch einstellt, so sind die objektiven Schlafsymptome, wie auch die Schlaftiefe unverändert nachzuweisen, besonders das Erschlaffen der Muskulatur, die Verminderung der vegetativen Funktionen, das Sinken der Körpertemperatur, die Verengerung der Pupillen und das Erlöschen der meisten Reflexe. Selbst die Erholung nach dem Erwachen zeigt sich normal, falls der Schläfrigkeitsmangel nicht zu anhaltend war.

Jene Form, bei der es wegen verminderter Schläfrigkeit nur zu einem verspäteten Schlafe kommt, mag als verspätetes Einschlafen (Opsionystaxis) benannt werden. Jene hingegen, die das auftauchende Schläfrigkeitsgefühl immer wieder unterbrechen läßt, ist als Nickschlaf oder unterbrochener Einschlaf (Akatanystaxis. Somnus abruptus) bekannt. Das abwechselnde Einnicken und Aufschrecken kommt im letzteren Falle eben durch die häufige Unterbrechung, durch ein mehrminder langes Muntersein während des Einschlafens zustande. Beide unterscheiden sich vom schwachen Einschlafen durch das ungenügende Auftreten von Schläfrigkeitsgefühlen. Eben der Mangel dieser Gefühle ist es, den der Schlaflose am unangenehmsten und am ausgeprägtesten verspürt. Es entsteht oft eine förmliche Sehnsucht nach dem Schläfrigwerden. Beim verzögerten Einschlafen kommt noch als kritisches Unterscheidungsmerkmal die Gegenwart der nachweisbar inneren Ursachen hinzu.

Tatsächlich vermag man stets bei dieser Schlaflosigkeit äußere, schläfrigkeitshindernde Ursachen aufzufinden. Solche sind namentlich die angenehmen Sinnesreize, die behaglichen Körperempfindungen, die

verstärkten Gemeingefühle, wie Hunger und Durst, die gesteigerte Muskeltätigkeit, die vermehrten Drüsenfunktionen, die geschlechtlichen Erregungen, überhaupt alle jene Organgefühle, die, ohne schmerzhaft oder besonders unangenehm zu sein, die entstehenden Schläfrigkeitsgefühle zu verdecken helfen. Neuropathische und psychopathische Anlagen geben zumeist die Basis dazu ab.

Die Therapie hat sich nach den Ursachen zu richten. Gehöriges Abschließen von den muntermachenden Reizen, womögliches Einstellen der übermäßigen Körperfunktionen, ein Herabstimmen der sexuellen Erregung, sowie das Hintanhalten aller jener Einwirkungen, die eine erhöhte, wenn auch angenehm empfundene Tätigkeit der Körperorgane hervorbringen können, sind geeignet, diese Schlafstörung günstig zu beeinflussen. Die Notwendigkeit stärkerer ärztlicher Eingriffe zeigt sich selten, und sind diese vorwiegend gegen die neuropathischen Zustände zu richten.

Beob. 11. Opsionystaxis. — K. K., 50jährige Frau im Klimakterium. Hysterische Konstitution. Seit einigen Jahren leichtere manisch-depressive Zustände. Erregbarkeit und gehobene optimistische Stimmung wechseln mit trübseliger Laune und Pessimismus ab. — In den letzten Wochen ist sie wieder gut aufgeräumt, sprechlustig, fühlt sich ungemein wohl, bewegt sich fortwährend geschäftig und gerät dabei leicht in Schweiß. Der Bewegungsdrang und das Schwitzen nimmt so überhand, daß sie an manchen Tagen nicht einschlafen kann. Ohne schläfrig zu werden, bleibt sie bis spät in die Nacht auf, sucht Gesellschaft, Zerstreuung, Handarbeit, liegt auch im Bette nachher noch stundenlang schlaflos, bei kühler Jahreszeit in Schweiß gebadet, und schläft dann gegen vier bis fünf Uhr in der Früh, ohne Schläfrigkeit empfunden zu haben, schließlich ein. Der Schlaf ist sodann ruhig und ausgiebig, dauert vier bis fünf Stunden. Die Munterkeit danach, sowie das körperliche Wohlbefinden sind tadellos. Warme Bäder und etwas Brom, nebst Meiden der beschäftigenden Außenreize stellten den normalen Schlaf bald wieder her.

Beob. 12. Akatanystaxis. — F. M., 23jähriger Apothekergehilfe, leidet seit seiner Kindheit an konstitutioneller Neurasthenie. Vielfache Degenerationszeichen. Neigung zu unsinnigen Ausschreitungen. Übermaß im Genießen. Impulsivität in den Handlungen. Hat vor einem halben Jahre einen Selbstmordversuch gemacht. Große Ermüdbarkeit, Unruhe, Reizbarkeit, Zerstreutheit, Vergeßlichkeit. Zeitweise verschiedene Parästhesien. Häufig Kopfdruck und Kopfschmerz. Kann oft nicht einschlafen, besonders wenn er sich übertriebene Tätigkeit zuschulden kommen läßt. Manchmal geht er die halbe Nacht im Zimmer schlaflos auf und ab, und zwar so ungestüm rasch, daß er schließlich ermüdet und durchschwitzt ins Bett sinkt. Ein anderes Mal spielt er mit solchem Eifer die ganze Nacht hindurch Violine, bis er übermäßig in Schweiß gerät und vor Ermüdung nicht weiterspielen kann. Auch das Lesen, Billardspielen, usw. pflegt er auf diese Weise und mit demselben Resultate auszuüben. Trotz der Ermüdung hat er ein geringes Schläfrigkeitsgefühl. Immerhin schläft er gegen Morgen dennoch ein, wacht aber vollkommen munter öfters auf, um nach 10—15 Minuten stets wieder einzunicken und bald wieder aufzuwachen. Dies Einnicken wiederholt sich sechs- bis achtmal, und auch häufiger. Jeder einzelne Schlaf dauert dabei höchstens zwei bis fünf Minuten. Das endgültige Aufwachen geht mit dem Gefühle des Nichterholtseins einher. Letzteres

verliert sich im Verlaufe von ein bis zwei Stunden. Warme Bäder, Bettruhe, Brom, Regelung der Lebensweise brachten einen ausgiebigen Schlaf zustande und auch die schweren nervösen Symptome verschwanden nach dreimonatlicher Behandlung.

2. Das verschlechterte, verschlimmerte Schlafbedürfnis (Poneronystaxis) zeigt sich mit der vorigen Störung in mancher Hinsicht verwandt. Man kann es als eine exogene Parasthenie der Schlaferholung deuten, da weniger eine Verminderung, denn eine qualitative Verschlimmerung, eine Depravation der Schläfrigkeit Platz greift. Äußere Ursachen treten als hemmende Momente auf und stören dauernd oder in Unterbrechungen den gut begonnenen Verlauf des Erholungsvorganges. Dementsprechend befällt den Patienten eine natürliche, häufig sogar übermäßige Schläfrigkeit, er verlangt den Schlaf, aber schon in kurzer Zeit, nach kaum fünf bis zehn Minuten, verschwindet dieses Gefühl und auch das Verlangen nach Schlaf, ohne daß es zum wirklichen Einschlafen gekommen wäre. Selbst die Bewußtlosigkeit bleibt gänzlich weg. Höchstens tritt ein kurzes Halbbewußtsein auf, das aber sofort durch eine helle Munterkeit verscheucht wird. Dort, wo sich dieser Zustand öfters nacheinander wiederholt, sieht man einen verworrenen Wechsel von Schläfrigkeit, Halbschlaf und Munterkeit auftauchen. Manchesmal steigert sich das Schläfrigkeitsgefühl bis zum Affekt und wird zu einer förmlichen Schlafbegierde, die den Kranken leicht zu leidenschaftlichen, agressiven, gegen alle äußeren Schlafhindernisse gerichteten Handlungen hinreißt. Objektive Schlafsymptome bringt selbst der Halbschlaf kaum mit sich. Trotz der großen Schläfrigkeit kommt es eigentlich zu keinem richtigen Schlafe. Dennoch fühlt sich der Patient des Morgens ziemlich erholt, obwohl die genaue Untersuchung eine verminderte Arbeitsfähigkeit nachweisen läßt. Einige fühlen sich danach sehr matt und erholen sich erst im Verlaufe des Tages.

Eine Art dieser Schlaflosigkeit — man könnte sie das unsichere, ungeübte Einschlafen (Agymnastonystaxis, Atactonystaxis) nennen — entsteht hauptsächlich durch ein langsames Entwöhnen aus vorwiegend äußeren Ursachen, wie man es bei Studenten, Schriftstellern, Künstlern, Kartenspielern, Nachtarbeitern usw. wahrnehmen kann. Es wird das Schläfrigsein sozusagen unterdrückt, bis es immer kürzer wird und einer dauernden Munterkeit weicht. Eine zweite Form ist als verworrenes Einschlafen (Taraxonystaxis) bekannt. Dieses zeichnet sich durch ein Wechselspiel der Schläfrigkeit und Munterkeit aus. Der Betreffende fühlt ein gewaltiges Bedürfnis nach Schlaf, wird aber, ohne eingeschlafen zu haben, in rascher Wiederholung gleich wieder munter, wodurch ein sonderbarer Zustand der Betäubung entsteht. Sobald sich dieser Zustand mit seinem großen Schlafverlangen bis zum Affekt steigert, entwickelt sich der Schlafaffekt (Nystaxothymia,

Emotio praedormitionalis) daraus, der den Erkrankten nicht selten zu schweren Gewaltakten drängt. Von der Mogikoimesis unterscheidet sich das Leiden durch das starke Schläfrigsein und den Mangel an Schlafbewußtlosigkeit.

Die äußeren Ursachen dieser Einschlafstörungen sind in der Beschäftigung, in der Zwangslage, in den schlafhindernden Umständen der Betreffenden zu suchen. Man könnte sogar in manchen Fällen von einer Askese des Schlafes sprechen. Nervös disponierte, hereditär belastete, konstitutionell degenerierte Menschen sind dem Leiden häufig unterworfen. Auch bei erworbener Neurasthenie und beim Overworking habe ich derartige Zustände auftreten gesehen.

Therapeutisch am wirksamsten zeigt sich bei diesen Zuständen die Regelung der Schlafverhältnisse, das Einüben des Schlafes für bestimmte Stunden und andere suggestive Einwirkungen. Die Psychotherapie kommt hier zur Geltung. Nebstbei muß auch gegen das nervöse Grundleiden und die vorhandenen Dispositionen gekämpft werden.

Beob. 13. Agymnastonystaxis. — A. R., 31 jähriger Journalist, zeig vielfache Degenerationszeichen. Neurasthenische Konstitution. Obstipation. Hat sich an ein bewegtes Nachtleben bei einer Zeitungsredaktion gewöhnt, verbunden mit Exzessen aller Art im Theater, Kaffeehause, Wirtshause, am Kartentisch, usw. bis Tagesanbruch. Seit einer leicht abgelaufenen Influenza fühlt er sich geschwächt, reizbar, ungeduldig, ohne Ausdauer, ermüdet leicht, wird abends sehr schläfrig, kann aber dennoch nicht einschlafen. Seine bisherige stürmische und aufregende Lebensweise vermag er nicht zu ändern. — Der gewohnte Vormittagsschlaf gelingt nicht mehr. Wenn er sich schlafen legt, verschwindet die Schläfrigkeit sofort. Manchesmal versinkt er nach langem Wachsein in einen kurzen Halbschlummer, ohne daraus erfrischt aufzuwachen. Die Sanatoriumbehandlung bei ärztlich überwachter, geordneter Lebensweise, Gewöhnung an ein regelmäßiges Zubettegehen, Bäder, allgemeine Stärkung und psychische Beeinflussung bringen das Leiden in zwei Wochen zum Verschwinden. Veronal wurde ein einziges Mal gegeben.

Beob. 14. Taraxonistaxis. — M. V., 27 Jahre alt, Schuster. Blutarm. Leidet seit längerer Zeit an starken Migräneanfällen. Das erste Kind seiner jungen Ehe brachte viel Unruhe ins kleine Haus. Ganze Nächte schrie der kränkliche Säugling, was den bei Tage angestrengt arbeitenden, besorgten Vater nicht schlafen ließ. Anfangs half er sich mit nächtlicher Arbeit, bald aber konnte er wegen großer Schläfrigkeit bei Nacht nicht arbeiten. Doch auch das Schlafen gelang nicht. Später gesellten sich häufigere und stärkere Kopfschmerzen hinzu. Schließlich verdrängte die Schläfrigkeit auch diese Schmerzen, und er versank abends in eine schlummerähnliche Betäubung, die die ganze Nacht hindurch anhielt, höchstens dann und wann auf einige kurze Minuten von einer vollständigen Munterkeit unterbrochen wurde. Er hörte in diesem Zustande das Schreien des Kindes, nahm ein geschäftiges Treiben um sich herum wahr, fühlte den Druck des Schlafbedürfnisses, konnte sich nicht bewegen, sich nicht helfen und wußte dabei genau, daß er nicht eingeschlafen sei. Die Betäubung endete des Morgens, oft auch früher, mit einem müden Wachsein, klaren Bewußtsein und der Erinnerung, die ganze Nacht im Schlafe gestört worden zu sein. Die gänzliche Isolierung von der Familie, Ruhe, warme Bäder, Mastkur, am ersten Tage der Behandlung eine Dosis Trional erzielten eine vollständige Heilung in kurzer Zeit.

Beob. 15. Emotio praedormitionalis. — N. N., 45 Jahre alt. Ledig. Höherer Gerichtsbeamter. Schon lange neurasthenisch. Sein Leiden steigerte sich ungemein, als seine alte Mutter, mit der er zusammen wohnte, in eine schwere Krankheit verfiel. Auf einen schlimmen Ausgang war er bei dem hohen Alter der Frau gefaßt. Die äußere Unruhe jedoch, die die Krankenpflege, das Nachtwachen, das Abwechseln der Pflegerinnen, das Kommen und Gehen der Ärzte, der Verwandten, usw. mit sich brachten, besonders aber die sich häufenden Störungen bei Nacht, machten N. N. bald schlaflos. Er fühlte sich ungemein schläfrig und konnte dennoch nicht einschlafen. Die Ursache der Störung empfand er in der Unruhe der kranken Mutter und in dem dadurch bedingten rastlosen Treiben der Pflegerinnen. Seine Schlafsehnsucht nahm stetig zu und vergrößerte sich bis zum Affekt. Er wurde ungeduldig, aufgeregt, zornig, äußerte sich in harten Worten, stellte sich den Pflegerinnen feindselig gegenüber und stürzte sich schließlich wütend auf die Mutter, schlug, kratzte, würgte sie und sich selbst, bis er durch herbeigeeilte Hausleute mit Gewalt entfernt wurde. Der Paroxysmus war bald zu Ende. N. N. fühlte sich danach matt und zerschlagen, schläfrig, erinnerte sich aller Einzelheiten des Anfalles, bereute seinen Wutausbruch und schämte sich dessen. Die sofort durchgeführte Isolierung, Bäder und zeitweise gereichte Hypnotika, nebst antineurasthenischer Behandlung erzielten rasch einen ausgiebigen Schlaf und führten zu einer leidlichen Heilung der Neurasthenie.

3. Das abgekürzte Schlafbedürfnis (Brachynystaxis) bewährt sich als endogene Hyposthenie der Schläfrigkeit. Ähnlich der Oligonystaxis, unterscheidet sie sich von dieser hauptsächlich durch die nachweisbar inneren Ursachen der Störung, und dadurch, daß weniger eine Verminderung des Schlafbedürfnisses, als eine kürzere Dauer desselben das quantitative Minus der Erholung zur Geltung bringt. Wir haben es eigentlich mit einer Abbreviation des Einschlafens zu tun, wobei das Ungenügende der biotonischen Stoffwechselvorgänge ins Auge fällt. Es kommt wohl zu einem, selten bedeutenden Schläfrigsein, jedoch von so kurzer Dauer, daß die schlaflose Munterkeit dem Schläfrigsein sozusagen auf dem Fuße folgt. Der Patient wird schläfrig, bleibt aber wach, und ist sofort wieder munter. Demgemäß kann von objektiven Symptomen des Schlafes keine Rede sein. Die subjektiven Symptome beschränken sich auf das Schläfrigkeitsgefühl allein. Ein hypnagoger Zustand, eine Bewußtlosigkeit, ein Träumen, selbst nur eine Betäubung, kommt nicht oder höchstens auf Momente zustande. Volle Munterkeit schließt sich an das vorübergehende Schläfrigsein an und besteht Nacht und Tag gleichmäßig fort. Der Schlaflose fühlt sich gewöhnlich nur des Nachts ermattet, beunruhigt, erregt, verdrießlich und sehnt erwartungsvoll den Schlaf herbei. Bei Tag ist das Gemeingefühl zumeist erträglich, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit jedoch bedeutend herabgesetzt. Zerstreutheit, Vergeßlichkeit, Reizbarkeit, rasche Ermüdung, Mangel an Ausdauer, Depression, selbst anxiöse Zustände, nebst Schwindel, Kopfdruck, Zittern sind die Folgen dieser Schlafstörung. Eben deshalb vermag niemand den Zustand ohne schwere Folgen lange zu ertragen, am wenigsten dann, wenn das Gefühl des

Schlafbedürfnisses auf ein Minimum reduziert wird oder gar ganz fehlt. Seltenere Fälle sind jene, bei denen nach kurzer Schläfrigkeit und darauf folgender langer Schlaflosigkeit der ersehnte Einschlaf plötzlich unerwartet eintritt. Solche Fälle erlauben nachträglich ein genügendes Erholen und stehen deshalb dem verzögerten Einschlafen nahe.

Der mit kurzdauernder Schläfrigkeit und darauf folgendem permanenten Wachsein einhergehende, oft ein momentanes Einnicken erlaubende Zustand ist als kurzer Schlaf, Momentschlaf (Hypnion) bekannt. Der mehr-minder gänzliche Mangel an Schläfrigkeit und Schlaf kann als eigentliche innere andauernde Schlaflosigkeit (Insomnia permanens) bezeichnet werden. Das plötzliche, verspätete Einschlafen ohne Schläfrigkeit und nach langem Wachsein darf man den Schläfrigkeitsmangel (Anystaxis) nennen. Letzterer unterscheidet sich von der Opsionystaxis eben nur durch die nachweisbaren inneren Ursachen des Übels und den eminenten, andauernden Erholungsmangel.

Die hervorragendsten Ursachen dieser Schlafstörung sind die schlechten vegetativen Stoffwechselverhältnisse des Gehirns, seien diese durch Nutritionsstörungen, durch Zirkulationsstörungen, durch Behinderungen der Chylopoëse oder durch ungenügende Abfuhr der Verbrauchsstoffe des Blutes, durch Kachexien, usw. ins Leben gerufen. Auch die senile Involution des Gehirns und der Blutgefäße, die Veränderungen der Blutmischungsverhältnisse bei Frauen nach der Geburt, im Wochenbett oder während der Laktation, die Arteriosklerose, das Fieber, Entzündungen, Katarrhe und Exsudate, sowie die Krankheiten des Herzens, der Lunge, der Nieren, der Thyreoidea, Infektionskrankheiten, besonders das Frühstadium der Syphilis, können häufig als Ursachen] beschuldigt werden.

Zur Heilung dieses gefährlichen Übels ist es notwendig, das jeweilige Grundleiden womöglich zu beseitigen. Nebstbei vermag man ohne Schlafmittel selten anszukommen. Warme Dauerbäder, kühle Bäder, Einpackungen, Kopfumschläge je nach Bedarf, manchesmal eine subkutane Infusion von physiologischer Kochsalzlösung oder ein Ausspülen des Darmes bringen unter Umständen staunenswerte Wirkungen hervor.

Beob. 16. Hypnion. — V. E., 35 Jahre alt. Professorsgattin. Wegen schwacher körperlicher Konstitution vor 13 Jahren Abortus. Kinderlos. Seit den Abortus schmerzliche Entzündungserscheinungen an der Gebärmutter und deren Adnexen, nebst hochgradiger Anämie, Appetitlosigkeit, häufigem Erbrechen, Obstipation. Andauernde Schlaflosigkeit. Melancholisch-pessimistische Verstimmung. Patientin fühlt sich schwach und hat eine fortwährende Sehnsucht nach Schlaf, ohne schläfrig zu sein. Des Abends befällt sie eine beträchtliche Schläfrigkeit, aber nur von ein bis zwei Minuten Dauer. Sofort nach dem Verschwinden derselben tritt andauerndes, vollständiges Wachsein auf. Im Verlaufe der Nacht wiederholt sich zuweilen ein solches kurzes Schläfrigwerden einige Male. Meistens aber hat das Schlafen mit dem ersten Verschwinden der Schläfrigkeit überhaupt sein Ende. Ein wirkliches Einschlafen gelingt nur auf Schlafmittel. Vollständige Bettruhe, warme

Bäder, Mastkur, nebst passiven Bewegungen erzielten allmählich einen normalen Schlaf. Das sexuelle Leiden zeigte bei gynäkologischer Behandlung ebenfalls eine langsame Besserung.

Beob. 17. Insomnia permanens. — L. W., 54 Jahre alt. Kaufmannsgattin. Stammt aus einer nervösen Familie. Ist hysterisch veranlagt. Seit zwei Jahren im Klimakterium. Litt vor 15 Jahren an einer linksseitigen Otitis media. Seither fortwährendes Ohrensausen, Summen im Kopfe und ständige Schlaflosigkeit. Sehr große vasomotorische Labilität, mit heftigem, andauerndem Erbleichen und Erröten im Gesicht bei sonst guter Körperernährung. Unbedeutende hysterische Zustände, die nur im Affekt größere Dimensionen annehmen. Ihre Hauptklage bezieht sich auf den vollständigen Schlafmangel, der angeblich 15 Jahre bestehen soll. Sie kennt den ganzen medizinischen Schatz an Hypnotika, da sie durch so viele Jahre hindurch alle genügend ausprobiert hat. Ohne Schlafmittel kommt ihr kein Schlaf. Die Mittel muß sie häufig wechseln. Schläfrigkeit kennt sie überhaupt nicht. Im Sommer bessert sich ihr Zustand, so daß sie ein bis drei Monate leidlich schlafen kann. Die Sanatoriumbehandlung bringt nur vorübergehend günstige, auf den Anstaltsaufenthalt sich beschränkende Resultate hervor. Sich selbst überlassen, fällt sie in das alte Leiden und das altgewohnte Experimentieren mit den Schlafmitteln zurück.

Beob. 18. Anystaxis. — A. W., 44 Jahre alt. Kaufmannsgattin. Eine Schwester geisteskrank. Hysterische Konstitution. Menstruiert normal. Unterwarf sich vor anderthalb Jahren wegen rheumatischer Schmerzen einer Fangokur. Seither nervös, reizbar, melancholisch verstimmt, schlaflos, wird durch Selbstanklagen und die Angst, unheilbar zu sein, geplagt. Dabei blutarm, appetitlos, körperlich geschwächt, arbeitsunfähig. Fühlt niemals Schläfrigkeit, sehnt sich aber stetig nach dem Schlafe. Behauptet, ohne Mittel, oft selbst trotz dieser, nicht zu schlafen. Die Beobachtung zeigt jedoch, daß sie gegen Morgen auch ohne Hypnotikum plötzlich auf zwei bis vier Stunden einschläft, danach jedoch, ohne das Bewußtsein geschlafen zu haben, wieder aufwacht. Auch gelingt es auf rein suggestivem Wege, unter dem Titel eines neuen Hypnotikums, durch Zucker, Chinin, Natr. bicarb. usw. einen guten ausgiebigen Schlaf herbeizuführen. Ein Schläfrigkeitsgefühl ist indessen auch suggestiv nicht hervorzurufen. Wiederholte Sanatorienbehandlungen an mehreren Orten bleiben wirkungslos. Die Symptome der ungenügenden Erholung steigern sich. In die geschlossene Abteilung gebracht, unter fortwährender Aufsicht und unter suggestivem Einflusse bei guter Ernährung, nebst sukzessiver Gewöhnung an den regelmäßigen Schlaf, an eine Tagesarbeit und an abwechselnde Zerstreuung, so auch durch das Fernhalten jeder schlafhindernden Einwirkung, wie des Sehens auf die Uhr, des Fragestellens an die Wärterinnen, usw. und durch wiederholte Wachsuggestionen gelang es schließlich, das mangelnde Schläfrigkeitsgefühl, sowie auch das Gefühl des Ausgeschlafenseins herzustellen. Die Kur in der geschlossenen Abteilung beanspruchte vier Monate und führte zur vollständigen Heilung.

4. Das unvollkommene, verstümmelte Schlafbedürfnis (Spanonystaxis) kennzeichnet sich durch eine endogene Parasthenie der Schläfrigkeit. Diese zeigt eine qualitative Veränderung, eine Unvollkommenheit, eine Verstümmelung (Mutilatio) des Erholungserfolges, trotz bedeutenden Schläfrigkeitsgefühles und trotz hinreichenden Schlafes. Es kommt zu einer, das normale Maß sehr oft überschreitenden Schläfrigkeit, die der Patient nicht überwinden kann. Auch folgt diesem Zustande ein gut beginnendes, mit oft recht tiefer Bewußtlosigkeit einher-

gehendes Einschlafen. Noch innerhalb der ersten Schlafstunde jedoch — bald früher, bald später — treten Störungen auf, die wieder erweckend wirken. Hierdurch wird das Weiterschlafen überhaupt unmöglich gemacht, oder es gelingt selten, erst des Morgens, nach schlaflos zugebrachter Nacht. Als Störungen treten immer nur innere Ursachen, namentlich peinigende, aufregende, affektvolle Gedanken, Erinnerungen oder Träume auf, die auf den Ablauf der Erholungsreflexe einen hemmenden Einfluß auszuüben scheinen. Jedenfalls spielt dabei eine Labilität oder eine Ermüdung der vasomotorischen Reflextätigkeiten eine Rolle, wie dies objektiv an dem Farbenwechsel des Gesichts, an den Veränderungen des Pulses und des Atems, an den Undulationen der Pupillen des Einschlafenden wahrzunehmen ist. Auch anderweitige Schlafreaktionen schließen sich den erwähnten objektiven Symptomen an, wie Reflexbewegungen, unruhiges Stöhnen, Sichumherwerfen, Aufschreien, Traumreden, Koitusbewegungen, Erektionen, Pollutionen, Schlafonanie, usw. Der Gesamterfolg aller dieser hemmenden Einwirkungen ist ein frühzeitiges Aufwachen, bevor noch die richtige Schlaftiefe erreicht worden wäre. Der Patient hat das Gefühl, durch innere Ursachen aus dem Schlafe geschreckt worden zu sein. Zumeist erinnert er sich ihrer bis in die Details, befaßt sich auch weiterhin mit ihnen und verspürt als deren Folge eine bedeutende Müdigkeit, ein andauerndes, oft hochgradiges Erholungsbedürfnis.

Differentialdiagnostisch ist zu bemerken, daß das diesem Zustande ähnliche „verschlechterte Einschlafen“ stets nur äußere Hemmungsursachen aufzuweisen hat, gegen die sich das Streben des Schlafsuchenden richtet. Bei dieser Krankheit hingegen tritt das Bewußtsein der inneren Störungen eklatant in den Vordergrund. Vom „trägen Einschlafen“ unterscheidet sich das Leiden vorzüglich durch den unvollendeten Vorschlaf und den Mangel des verspäteten, plötzlichen Einschlafens.

Mehrere Formen dieses Leidens sind bekannt. Wo die Vorstellungen, Gedanken und Gemütserregungen des durchlebten Tages, Kummer, Sorgen oder Erwartungen der Zukunft, pathologische Ideen und Stimmungen ein reges Gedankenspiel aufrecht erhalten, bleibt das aufgeregte Individuum, trotz drückend großer Schläfrigkeit, entweder vollkommen wach, oder es versinkt in einen ungenügend tiefen, weil durch diese Ursachen gehemmten Vorschlaf, dem kein Nachschlaf folgt. Im ersteren Falle lassen die bestehenden psychischen Erregungen überhaupt kein Einschlafen zustande kommen, und dies ist die schlaflose Schläfrigkeit (Paranystaxis). — Im zweiten Falle wird der Vorschlaf zwar begonnen, aber infolge der hemmenden Momente nicht zu Ende geführt. Der Leidende beschäftigt sich lebhaft mit seinen nichtschweigenwollenden Gedanken und Stimmungen, er grübelt, spintisiert, macht stundenlang Pläne, bis ihn schließlich die große Schläfrigkeit gänzlich

niederdrückt und er in ein, dieselben Ideen und Gefühle weiterspinnendes Traumleben verfällt. Volle, tiefe Bewußtlosigkeit kommt dabei nicht zustande. Oft vermag der Patient, wegen der fortgesetzten Gleichförmigkeit des Bewußtseinsinhaltes, das Wachsein vom Schlafen nicht zu unterscheiden. Er glaubt, gar nicht geschlafen zu haben, obwohl seine Umgebung die objektiven Symptome des Einschlafens, besonders die schwindende Empfindungsfähigkeit und die behinderte Reaktionsfähigkeit den Außenreizen gegenüber, wahrnehmen kann. Dieser ungenügende Vorschlaf ohne Nachschlaf wird als verstümmelter Schlaf (Peronystaxis) bezeichnet. — Etwas anders gestaltet sich der Zustand, wenn sich in den Träumen nicht so sehr das Seelenleben der Tagesarbeit widerspiegelt, als vielmehr phantastische, aufregende, peinigende, mit den Tagesereignissen gar nicht in Zusammenhang stehende Traumerscheinungen zum Vorschein kommen. Ungeheuerlichkeiten der verschiedensten Art, wie sie eben nur in Traumbildern möglich sind, stören den Vorschlaf, erwecken den Träumenden und verscheuchen den Nachschlaf, um so mehr, da die Affekte des Traumes zumeist sehr anhaltend und recht laut ins wache Leben hinüberklingen. Indem diese affektvollen Träume nebstbei sehr ermüdend wirken und indem diese psychische Müdigkeit auch tagsüber fortdauern kann, darf man dieses unvollkommene Einschlafen als einen ermüdenden Schlaf (Kamatonystaxis) kennzeichnen. — Die Ermüdung erstreckt sich wahrscheinlich auf die vasomotorische Reflexerregbarkeit.

Verursacht wird diese Schlafstörung hauptsächlich durch seelische Exzesse, durch geistige Überanstrengung, durch neurasthenische, hysterische und epileptische Zustände, durch Krankheiten des Gehirns und seiner Häute und durch funktionelle Psychosen, besonders durch jene, die mit Sinnestäuschungen, Zwangsdenken und mit affektreichen Wahnideen einhergehen.

Die Behandlung soll sich natürlich immer nach dem jeweiligen Grundleiden richten. Hier müssen die verschiedensten Schlafmittel, besonders die Hypnotika, aushelfen. Einige Male habe ich von der Leduceschen elektrischen Narkose erwähnenswerte Resultate gesehen.

Beob. 19. Paranystaxis. — A. T., 45 Jahre alt. Geistlicher. Leidet an konstitutioneller Neurasthenie. Erträgliche Form, ohne besondere Beschwerden, mit etwas hypochondrischem Charakter. Vor einigen Jahren entwickelte sich eine melancholische Verstimmung daraus, die drei Monate dauerte. Seit vier Wochen abermalige große Verstimmung, Grübeleien, Furcht vor Geisteskrankheit, innere Unruhe, düstere Gedanken, anxiöse Zustände, trostlose Selbstanklagen, die sich auf geringe Jugendsünden beziehen, rastlos hypochondrisches Suchen nach Krankheitserscheinungen am eigenen Körper, Selbstmordideen und andauernde Schlaflosigkeit. Obwohl von fortwährender Schläfrigkeit geplagt, ist es ihm dennoch unmöglich, einzuschlafen, weil er das ewige Denken, Zweifeln, Grübeln, Fürchten, usw. nicht loswerden kann. Die ganze Nacht hindurch beschäftigen ihn diese Ideen, so daß er trotz niederdrückender Schläfrigkeit unmöglich zum Schlafen kommt. Bei Tage

schieben sich einzelne heiterere Stunden ein, die Schläfrigkeit verliert sich aber keineswegs ganz, wächst bald wieder an und zwingt ihn zum Niederlegen. Jeder Versuch zu schlafen mißlingt jedoch, da das schlafstörende Gedankenspiel immer sofort wieder beginnt. Hypnotika, warme Bäder nützen nur mitunter. Allgemeinkräftigende Therapie nebst einer Opiumkur bessern den Zustand bedeutend und bringen innerhalb fünf Monaten auch einen hinreichenden natürlichen Schlaf hervor. Anderthalb Jahre nach seiner Entlassung trat, infolge psychischerregender Umstände, ein Rückfall ein, der, bevor noch ein ärztlicher Eingriff möglich war, mit Selbstmord endete.

Beob. 20. Peronystaxis. — J. T., 31 Jahre alt. Ingenieursgattin. Nervös veranlagt. Schwere Geburt des ersten, gesunden Kindes. Perinealruptur und großer Blutverlust, Laktationsschwierigkeiten. Baldiges Versiegen der Milch. Alle diese verstimmenden Einflüsse brachten eine hysteromelancholische Depression hervor. Versündigungsideen, Hoffnungslosigkeit, Anklagen gegen ihre Eltern, ihre Erziehung, die Schule, die Ehe, die menschliche Gesellschaft traten auf. Selbstmordgedanken plagten sie. Der Gedanke, sie sei ein degeneriertes Wesen und habe ein degeneriertes Kind zur Welt gebracht, ließ ihr keine Ruhe und beschäftigte sie auch die ganze Nacht hindurch. Einschlafen konnte sie trotz großer Schläfrigkeit nur schwer. Dieselben Ideen verfolgten sie auch im Traume. Sie warf sich unruhig im Bette herum und wurde durch die peinigenden Gedanken schon erweckt, bevor sie noch recht eingeschlafen hatte. Nach dem Erwachen fühlte sie sich noch matter, erschöpfter, unglücklicher als vorher. — Isolierung von den Angehörigen. Milch- und Opiumkur, Bettruhe, Bäder und geeignete Psychotherapie führten in drei Monaten zur vollkommenen Heilung.

Beob. 21. Kamatonystaxis. — Z. E. G., 24jähriger Lehramtskandidat. Vater und Geschwister sind tuberkulös. Vor einigen Monaten akquirierte er einen weichen Schanker. Seither ist er ängstlich verstimmt, nervös irritiert, zerstreut, arbeitsunfähig, erschrickt leicht und fürchtet eine Katastrophe. Der Schlaf ist gestört. Große Schläfrigkeit übermannt ihn. Das Einschlafen geht schwer. Gleich nach dem Einschlafen beginnen aufregende Träume, die ihn sehr ermüden und bald aufwecken. Im Traume muß er steile, hohe Berge unter tausend Gefahren erklimmen, muß mit wilden Tieren kämpfen, muß sich gegen glühende Eisenspieße wehren, usw. Aufgewacht fühlt er sich recht erschöpft, schläft nach einer langen Weile wieder ein, um dann ganz dieselben Traumerlebnisse fortzusetzen und abermals erschreckt aufzuwachen. So wiederholt sich das ermüdende Einschlafen dreibis viermal in der Nacht. Des Morgens ist er ungemein müde. Im Laufe des Vormittages fühlt er sich wohler. Abends kehrt das heftige Schlafbedürfnis wieder zurück. Warme Bäder, gute Ernährung, lokale Therapie des Geschwürs, Ruhe und psychische Beeinflussung stellen den Patienten in kurzer Zeit her.

Beob. 22. Kamatonystaxis. — E. K., 24jähriger Jurist, stammt aus hereditär belasteter Familie. Konstitutionelle Neurasthenie mit Angstzuständen. Fürchtet besonders die bösen Konsequenzen frühzeitig begonnener Onanie. Hat Abscheu vor dem normalen Koitus. Treibt derzeit keine Unzucht mehr im wachen Zustande. Während des Einschlafens jedoch, im halbbewußtlosen Zustande treten täglich Erektionen auf, verbunden mit einem hastigen Tun im Schlafe. Er träumt, er müsse die Eisenbahn bremsen, Pferde kutschieren, Holz sägen oder andere ähnliche, eine rasche Steigerung erheischende Arbeiten vollbringen. Dabei onaniert er, mit, dem Tempo der geträumten Arbeit entsprechenden, Bewegungen im Schlafe, ohne von sexuellen Bildern oder Gefühlen geleitet zu sein. Erst nachdem sich die Ejakulation vollzogen hat, erwacht er und kommt zum Bewußtsein seiner Tat. Das Erwachen bringt eine bedeutende Erschöpfung und die Angst vor schlimmen

Die Störungen des Vorschlafes.

		Störung der Schlaftiefe (Dyskoimesis)		Störung des Schlafbedürfnisses (Dysnystaxis)	
		aus exogenen Ursachen	aus endogenen Ursachen	aus exogenen Ursachen	aus endogenen Ursachen
Quantitative Veränderung	mit negativem Erfolg Hyposthenie	Schwächung (Infirmatio) Leptokoimesis	Verzögerung (Retardatio) Bradykoimesis	Verminderung (Deminuatio) Oligonystaxis	Abkürzung (Abbreviatio) Brachynystaxis
	mit positivem Erfolg Hypersthenie	Stärkung (Confirmatio) Oxykoimesis	Beschleunigung (Acceleratio) Tachykoimesis	Vermehrung (Augmentatio) Polynystaxis	Verlängerung (Prolongatio) Dolychonystaxis
Qualitative Veränderung	mit negativem Erfolg Parasthenie	Erschwerung (Difficultatio) Mogikoimesis	Trägewerden (Ignaviatio) Oknokoimesis	Verschlechterung (Depravatio) Poneronystaxis	Verstümmelung (Mutilatio) Spanonystaxis
	mit positivem Erfolg Palinsthenie	Erleichterung (Levatio) Eukoimesis	Lebhaftwerden (Vigorisatio) Erikoimesis	Verbesserung (Amplificatio) Beltionystaxis	Übertreibung (Superlatio) Acronystaxis

Folgen mit sich. Ein späteres zweites Einschlafen gelingt meistens ohne automatische Onanie. Der sonderbare Zustand besteht schon seit mehr als einem Jahre. Narkotische Mittel nützen nicht immer. Die hypnotische Suggestion wirkt nur auf kurze Dauer. Psychotherapeutische Einflüsse besserten das Leiden, indem die Angstzufälle wegblieben und die Schlafonanie nur in seltenen, vereinzelten Fällen ausgeübt wurde.

* * *

Mit obiger kurzgefaßter Schilderung einiger Störungen des Vorschlafes sollen die Möglichkeiten der verschiedenen diesbezüglichen schlaflosen Zustände keineswegs erschöpft sein. Es wird gewiß noch manche Formen geben, die diesmal unerwähnt geblieben sind, gar nicht zu reden von jenen Schlaflosigkeiten, die auf Störungen des Erwachens zurückzuführen sind. Auch habe ich das mir zu Gebote stehende Material nicht vollständig aufgearbeitet. Die angeführten Beispiele mögen eben nur die aufgezählten einzelnen klinischen Bilder illustrieren. Der Zweck meiner Schilderungen war vorläufig kein anderer, als die Ärzte auf die mannigfachen Formen der Schlaflosigkeit aufmerksam zu machen. Vielleicht gelingt es hierdurch, in das Wesen und das Entstehen der Schlafstörungen einen klareren Einblick zu gewinnen. Die neue, vielleicht unnötige Nomenklatur wurde nur des leichteren Verständnisses halber beigegeben, ebenso die vorstehende Tabelle (vgl. S. 432) mit meiner Einteilung der Störungen des Vorschlafes.

III.

Beitrag zur Psychologie der Aussage.

Auf Grund eines gerichtlichen Gutachtens.

Von Dr. med. **J. Hampe**, Nervenarzt in Braunschweig.

Der Halbspänner S. aus E. stand vor dem Schwurgericht, angeklagt des Meineids, den er bei seiner Zeugenaussage über den Hergang einer Prügelei seines Sohnes mit einem beiden Verhaßten geleistet haben soll.

Das folgende Gutachten stützt sich auf mehrfache Untersuchungen des Angeklagten im Untersuchungsgefängnis und die Ergebnisse der Schwurgerichtsverhandlung. Akteneinsicht konnte nicht erlangt werden.[1])

Wie der Angeklagte auf Befragen angab, ist er vorbestraft vor 20 Jahren mit Gefängnis wegen Verleitung zu falscher Aussage (nach 38 Wochen Erlaß der Strafe, seine Schuld bestreitet er jedoch), ferner wegen Beleidigung eines Lehrers, der seinen Sohn gewürgt habe, mit zwei Monaten Gefängnis und jetzt wieder mit Gefängnis wegen Prügelns seiner 18 jährigen Tochter, als diese trotz seines Verbots häufig die Nächte bis $^1/_2$4 Uhr bei ihrem Liebhaber zubrachte. Daten weiß er nicht anzugeben.[2])

Nach Angabe des Angeschuldigten und seiner erwachsenen Tochter[3]) (in der Verhandlung nach eindringlicher Ermahnung durch

[1]) Während der Verhandlung erklärte der Vorsitzende auf die Betonung dieses Umstandes seitens des Sachverständigen, daß das Aktenmaterial für diesen belanglos sei, da das Gutachten lediglich aus dem Ergebnisse der Gerichtsverhandlung zu bilden sei. Dem kann nicht energisch genug widersprochen werden; denn wie soll der Sachverständige sich durch entsprechende Fragen während der Verhandlung sein Material vervollständigen, wenn er nicht aus den Akten weiß, was festzustellen ist? Jedenfalls wird ihm ohne Aktenkenntnis seine Aufgabe ungemein erschwert.

[2]) Die Verlesung während der Gerichtsverhandlung brachte noch mehr Vorstrafen zutage.

[3]) Ebenso sagte vor der Verhandlung der erwachsene Sohn des Angeklagten aus, verweigerte aber aus Angst nach eindringlicher Ermahnung des Vorsitzenden seine Aussage überhaupt. Im übrigen beanstandete letzterer die Verwendung obiger Erklärungen seitens des Sachverständigen als nicht erwiesen, da die Zeugnisse des Angeklagten und seiner Kinder nicht als beweiskräftig anzusehen seien. Demgegenüber muß aber doch wohl hervorgehoben werden, daß gewöhnlich



den Vorsitzenden, daß sie ihre Aussage so machen müsse, daß sie sie jederzeit beschwören könne) ist des ersteren Mutter gemütskrank (oder geistesschwach) gewesen.

Der Zeuge und Sachverständige Dr. med. B. äußerte sich zum mindesten dahin, daß die Mutter des Angeklagten Altersschwachsinn dargeboten habe. Dazu ist zu bemerken, daß nicht jeder Mensch im Alter geistesschwach werden muß, sondern daß der, der es wird, erblich dazu disponiert war, wenn sonst keine Ursachen nachweisbar sind.

Der zweite Sohn des Angeklagten ist als schwach befähigt anzusehen (erschien als Zeuge vor Gericht und sagte auch aus), er ist aus der 4. Klasse konfirmiert. Die Tochter ist trotz Vorhalts des Vaters nächtelang ausgeblieben, um bei ihrem Geliebten zu schlafen (was auch nicht ohne Folgen blieb).

Zweifel an der geistigen Gesundheit des Angeschuldigten kamen den Gefängnisbeamten während seiner Untersuchungshaft[1], außerdem soll bereits 1884 die Direktion der Gefangenenanstalten sich derartig geäußert haben.[2])

In der Schule war der Angeklagte ein mittelmäßiger Schüler, er zeigte sich nicht besonders begabt (Zeugnis des Gemeindevorstehers, eines Altersgenossen von ihm); unmoralische Neigungen sind nicht aufgefallen, seine Kinder hat er, wie diese aussagen, nicht lieblos behandelt, nach Dr. med. B. hat er seine kranke Frau aufopfernd gepflegt. Über wesentliche Krankheiten des Angeklagten war nichts zu erfahren, dieser verneinte geschlechtliche Infektion und behauptet, Alkohol nicht vertragen zu können (angeblich danach Kopfschmerz, Blutandrang nach dem Kopf, Zustände von Abwesenheit).

Erwiesen ist durch Zeugen, daß er sehr zurückgezogen und solide gelebt, Gastwirtschaften so gut wie gar nicht besucht hat. Er hat dann seinen Hof bewirtschaftet; solange seine erste Frau lebte oder nicht durch Krankheit daran verhindert war, hat diese den geschäftlichen Teil geführt; der einst schuldenfrei übernommene Hof ist jetzt mit Schulden überlastet.

Vor 13 Jahren erlitt der Angeklagte einen Unfall durch Verschüttung in einer Mergelgrube, er trug nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. med. B. starke Verletzungen am Schädel und der linken Wange und eine schwere Gehirnerschütterung

---

nur oder höchstens die Angehörigen es sind, die über erbliche Belastung aussagen können, wenn keine Anstaltsbehandlung stattgefunden hat und behandelnde Ärzte usw. nicht mehr am Leben sind. Jedenfalls muß versucht werden, solche Angaben soweit als irgend möglich zeugenmäßig nachzuprüfen.

[1]) Diese waren aber nicht als Zeugen geladen.

[2]) Nähere Erkundigungen hielt der Vorsitzende für unmöglich wegen Ablebens der in Frage kommenden Personen.



(Bewußtlosigkeit) davon mit den *Folgen eines Nervenleidens*, das sich äußerte in Schwindel (Dr. B.), Kopfschmerzen, erhöhter Reizbarkeit, gedrückter, weinerlicher Stimmung, Schlafmangel, Angst bei Alleinsein, ängstlichen Träumen, nächtlichem Phantasieren, Abwesenheitszuständen, Gedächtnisschwäche (was er sich besonders einpräge, behalte er). Die Tochter gab als Zeugin insbesondere noch an, daß der Vater an *periodisch wechselnder Stimmung* litt, indem er sich in den gedrückten Zeiten mit *Selbstmordgedanken* trug, sich öfters auch einen Strick nahm und damit auf den Boden wollte.

Der Angeklagte gab nun von dem *Erlebnis*, das zu seiner falschen Aussage geführt haben soll, folgende Darstellung: An jenem Nachmittage sei er in eine Wirtschaft zu einer Ackerauktion gegangen, dabei habe er etwa zwei *Glas Bier* getrunken. Danach sei er hinter seinem Sohne zum Felde gezogen und zwar mit zwei kranken Ochsen, die langsamer gingen als die Pferde seines Sohnes. Auf der Chaussee erblickte er P., den Freiwerber seiner Tochter, mit dem er verfeindet ist, als dieser sich bückte, um, wie er annahm, einen Stein aufzuheben, es könne aber auch ein anderer Gegenstand gewesen sein. Er sei nun in großer Aufregung gelaufen, um zum Standorte seines Sohnes zu kommen, der mit jenem in Streit war und um Hilfe rief. Beide Kämpfenden seien in einen Graben gefallen. P. hat dann den Sohn mit der Mistgabel an die Beine geschlagen. Er, der Angeklagte, wollte diese fassen und dem P. damit zuleibe gehen, woran ihn der Sohn verhindert habe. Er habe dann den Sohn, der am Kopfe voller Blut war und einen durchbissenen Finger hatte, nach Hause geleitet.

Eine Frau, die von der andern Seite des Weges gekommen war, solle ausgesagt haben (das sei ihm vorgelesen), daß er die Prügelei gar nicht habe sehen können.

Bei der Vernehmung des Sohnes durch den Gendarmen war er nicht zugegen; er will auch mit dem Sohne nicht über die Prügelei gesprochen haben. Daten weiß er nicht anzugeben.

Vor seiner eidlichen Aussage sei er im Gerichtsgebäude mit Rechtsanwalt Dr. B. zusammengetroffen, dem Vertreter seiner Tochter, der von ihm verlangt habe, er solle sich schriftlich verpflichten, seiner Tochter 1000 M. (oder Taler) und die Erlaubnis zu sofortiger Heirat (sie war schwanger) zu bewilligen. Darüber sei er sehr erregt geworden, so daß er bei seiner Vernehmung *nicht gewußt habe, was er sprach. Dies wisse er auch heute noch nicht*; der Hergang der Prügelei seines Sohnes sei aber so gewesen, wie er ihn jetzt geschildert habe.

Der als Zeuge vernommene Rechtsanwalt Dr. B. stellte seine Unterredung mit dem Angeklagten in manchen Punkten anders dar,

was aber für die Begutachtung belanglos ist; von wesentlicher Bedeutung für diese könnte nur sein, daß der Zeuge behauptete, die Unterredung habe, soweit er sich erinnere, erst nach jener eidlichen Aussage stattgefunden. Der Angeklagte und seine Tochter (auch bei Gegenüberstellung mit dem Zeugen) blieben dabei, daß jener Vorgang sich vor der Aussage abgespielt habe; auch der Verteidiger des Angeklagten neigte zu der Meinung (er war an dem Morgen anwesend), daß Rechtsanwalt B. sich irre. Die Sachlage blieb also unaufgeklärt.

Die körperliche Untersuchung des Angeklagten ergab folgenden Befund:

Der Angeklagte ist etwas unter mittelgroß und in leidlichem Ernährungszustande; auf dem linken Auge findet sich Starbildung. Das linke Ohrläppchen ist angewachsen, das rechte ebenfalls, aber weniger ausgeprägt; es besteht krampfhaftes Blinzeln auf beiden Augen (Blepharoclonus), besonders in Erregung, der Gesichtsausdruck ist leidend, etwas düster. Der Angeklagte spricht langsam, gedehnt, wehleidig. Er klagt über Schmerzen im rechten Oberarm, später auch über sein linkes Auge, auf dem er ein kühlendes Läppchen trägt. Der Schädel ist bei stärkerem Klopfen links stärker empfindlich (Narbe) und druckempfindlich; unter dem linken Auge an der Außenseite ist eine Narbe sichtbar.

Das Empfindungsvermögen an der Haut ist abgestumpft: starkes Kneifen der Haut rührt ihn nicht, später empfindet er an manchen Stellen mehr, an andern weniger; die Prüfung mit der Nadelspitze fällt dementsprechend aus, sie wird als Spitze erkannt.

Die Lokalisation der Eindrücke geschieht ziemlich schlecht (berührte Finger werden falsch angegeben), ebenso ist das Lagebewußtsein ungenau (an Fingern und Beinen). Ein mit einem harten Gegenstand auf der Haut geführter Strich hinterläßt einen längere Zeit bestehenden roten Streifen (vasomotorisches Nachröten, gesteigerte Erregbarkeit der Hautgefäße), man kann so auf seiner Haut schreiben (Erscheinung der „Schreibhaut“).

Die Pupillen sind gleich weit, ziehen sich zusammen auf Lichteinfall, bei Belichtung des anderen Auges (konsensuell) und bei Konvergenz der Augäpfel.

Die Kniesehnreflexe sind lebhaft. Kein Rombergsches Phänomen, kein Zittern.

Die Prüfung des psychischen Zustandes hatte folgendes Ergebnis:

Sein Alter kann der Angeklagte nicht angeben, geboren sei er 44, es könne im Februar sein, der 14. oder 15. Das Alter des Sohnes

kennt er nicht. Sein *Bewußtsein* ist klar, er ist örtlich orientiert, zeitlich weniger gut.

Die *Schulkenntnisse*, die er noch hat oder s. Z. erworben hat, erweisen sich als sehr *mangelhafte*.

Zu welchem Kreise sein Heimatsdorf gehört, beantwortet er zunächst falsch mit „Braunschweig", später richtig. Zu welchem Reiche Braunschweig gehört, weiß er nicht. Daß 1870 Krieg gegen die Franzosen war, weiß er. Die Frage, wer gegen diese focht, beantwortet er mit „Braunschweiger." Von Berlin weiß er nichts, *dort sei er noch nicht gewesen*. Wer Kaiser ist, kann er auch nicht angeben. In Braunschweig regierte zuletzt ein Herzog, dessen Namen kennt er nicht, wer jetzt regiert, weiß er zunächst auch nicht, später sagt er „Prinz."

Ob hier mehr *Mangel an Interesse* für das Geschehene der ihn umgebenden Welt als *Gedächtnisdefekt* vorliegt, mag dahingestellt bleiben, jedenfalls ist das Gedächtnis nur ein recht mangelhaftes für weiter zurückliegende Ereignisse, seine Merkfähigkeit (d. h die Fähigkeit, frische Eindrücke zu behalten) wird weiter unten geprüft werden. Seine *Auffassung* ist insofern *erschwert*, als er, *wenn er erregt ist*, häufiger falsche Antworten gibt oder gänzlich hierin versagt; bei freundlichem Zureden gehts hiermit besser, er „muß sich erst besinnen" und *gibt sich dann in der Tat Mühe, aufzumerken und nachzudenken und den Fragen des Untersuchenden gerecht zu werden; er schweift dann aber wieder leicht ab* und erzählt plötzlich von anderen Dingen, die gerade in den Vordergrund seines Interesses geraten.

Des *Rechnens* ist er nur in *primitiver* Form mächtig: Er zählt an den Fingern ab oder zerlegt die Aufgaben in kleinere, z. B. löst er 7×7 auf in $2 \times 7 = 14$, $3 \times 7 = 21$ usf. Sein Gedächtnis reicht höchstens für das kleine Einmaleins aus, beim Arbeiten mit Zahlen in abstrakter Form (Zusammenziehen, Abzählen) versagt es schon eher, wenn es nicht an den Fingern möglich ist. Mit Geld scheint er umgehen zu können.

In seinem *landwirtschaftlichen Berufe* weiß er in dem ihm Nötigen, vorzugsweise *Praktischen* anscheinend Bescheid.

Abstrakte Begriffe hat er nicht viele und die wenigen nicht mit vollem Verständnis. Vom *Meineid* hat er nur mangelhafte Kenntnis: Man schwört, damit man die Wahrheit sagt, einen Meineid leistet, wer das nicht tut!

Seine *Urteilsfähigkeit* ist überhaupt mehr auf *konkrete* Dinge beschränkt und sonst *recht mangelhaft*, seine *Kombinationsgabe* reichte trotz allem Vorhergegangenen, als er gefragt wurde, weshalb der untersuchende Arzt zu ihm gekommen sei, nur

zum konkretanschaulichten Urteil hin. daß er gekommen sei, *um seinen schmerzenden Arm zu behandeln*, ob er denn nicht wiederkomme. Erst viel später sagt er: „um ihm zu helfen," das habe ihm der Verteidiger gesagt, und der Arzt habe im Schwurgericht Zeugen befragt (in der ersten Verhandlung gegen S., die vertagt wurde). Auf gleicher Stufe steht das Urteil, er kenne Berlin nicht, da er noch nicht dort gewesen sei.

Seine *Stimmung* war im allgemeinen eine gleichmäßig gedrückte; er wurde aber öfters von *Weinen* befallen (bei Berührung seiner traurigen Familiengeschichte z. B.). Wie seine Tochter behauptet, ist jene sehr *wechselnd*. Dazu paßt das Benehmen dem Lehrer gegenüber, der seinen Sohn gezüchtigt hatte, da jenes von *stärkerer Reizbarkeit* zeugt; auch heute, während der ganzen Verhandlung, ist er sehr *gereizt*, merkwürdig psychisch erregt. Sein Gemeindevorsteher hatte in seiner Zeugenaussage ihn sehr richtig als *Querulanten* bezeichnet, der sich unzugänglich zeigte gegen alle Ermahnungen, sein Prozessieren und seine Berufungen usw. zu unterlassen. Derartige Personen brauchen nicht immer Kranke mit fixiertem Wahnsystem zu sein, sondern es gibt auch solche, die auf Grund *ihrer krankhaften Gefühle und reizbaren Stimmungen* zu unlogischem Handeln getrieben werden und so in ihrem krankhaft gesteigerten Selbstgefühl bei mangelhafter Urteilsfähigkeit in ständigem Kampf mit ihren Mitmenschen, mit Gerichten und Behörden leben.[1])

Ein Mangel an *moralischen Gefühlen* erscheint dabei nicht notwendig; beim Angeklagten fehlt altruistisches Empfinden nicht; seine Kinder hat er, wie wir gehört haben, nicht lieblos behandelt, seinen älteren Sohn scheint er in der Tat zu lieben, seine kranke Frau hat er nach Aussage des behandelnden Arztes (Sachverständigen Dr. B.) aufopfernd gepflegt. Von Tierquälereien ist nichts bekannt geworden; wie er bei der Untersuchung betonte, ist er mit den kranken Ochsen besonders langsam gezogen, da er das Tier nicht quälen könne.

Zur Prüfung der Fähigkeit, frische Eindrücke sich zu merken, und gleichzeitig, Vorstellungen zu verknüpfen, wurde die *Ranschburgsche Wortpaarmethode*[2]) verwandt. Es wurde dem Angeklagten eine Reihe von Wortpaaren genannt: Kind-Mutter, Mönch-Kloster, Baum-Garten, Wiese-Gras, Pferd-Wagen, Ritt-Sattel, Korn-Feld, Nest-Vogel, Kirche-Turm. Nach kurzer Zeit hatte er auf das erste ihm wieder zugerufene *Reizwort* das zweite vorher dazu gesagte Wort zu nennen. Da er zunächst nicht begriff, was er sollte, wurde ihm an dem Beispiel

[1]) Vgl. Flechsig, Grenzen geistiger Gesundheit und Krankheit. Festrede. Leipzig, Veit & Co., 1896, S. 23ff.

[2]) S. Sommer, Zur Psychologie der Aussage. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen II, 6.

Kind-Mutter die Sachlage nochmals klar gemacht. Daher hatte er zunächst bei der folgenden Prüfung dieses Wortpaar im Gedächtnis behalten, antwortete aber bei einem späteren Versuche trotzdem auf das Reizwort „Kind“ mit dem Nennwort „Vater.“ Auf „Korn“ sagte er nach kurzem Besinnen „ausgedroschen, wird gedroschen,“ auf „Wiese“ „Mähers,“ wird gemäht,“ auf „Pferd“ zuerst „Sattel,“ später zweimal „Geschirr,“ auf „Kirche“ „Kirchhof,“ auf „Mönch,“ „Garten,“ auf „Ritt“ „laufen,“ richtig erfolgte nur auf „Nest“ „Vogel;“ auch kommen später, wohl infolge der Übung, einige richtige Antworten. Diese richtigen Antworten werden charakteristischer Weise damit begründet, daß er sich die Wörter absichtlich eingeprägt habe.

Wir sehen also hier zunächst einen nicht unbeträchtlichen Mangel der Auffassung und Merkfähigheit zutage treten, sodann aber an Stelle der Erinnerungslücken ein assoziatives Verknüpfen von alten Erinnerungsresten mit dem eben erst sinnlich neu Aufgenommeuen. Besonders charakteristisch muß hierbei erscheinen die Vorstellungsverknüpfung stets mit dem eigenartigen Gepräge der praktischen Verwendbarkeit und Nutzbarmachung, wozu ihn als Bauer sein vorwiegend aus landwirtschaftlichkonkreten Begriffen gebildeter Bewußtseinsinhalt zwingt. Daß das Korn auf dem Felde steht, ist für ihn selbstverständlich, mehr beschäftigt sein Sinnen die Erwägung, daß und wann es gedroschen werden kann usf.

Sodann werden ihm Bilder vorgelegt, die ein erlebtes Ereignis[1]) darstellen. Das erste war eine Waldschneise, in deren Vordergrunde ein Jäger mit der linken Hand einem hinten am Eingange der Schneise erscheinenden zweiten Jäger grüßend zuwinkte. Der Angeklagte hat sich den ersteren Mann gemerkt und dessen Handbewegung, die er aber nach der rechten Seite verlegte, und behauptete, außerdem einen Hund, der aber nicht da war, sonst nichts gesehen zu haben.

Das zweite Bild zeigte in seiner Mitte den bekannten Hubertushirsch im Walde, vor dem der Jäger kniete, und den die Hunde usw. umlagerten. Der Angeklagte behauptete, ein „Reh“ gesehen zu haben und knüpfte daran sofort abschweifende Ausführungen aus der Zeit, als er selbst Jagdpächter gewesen war. Offenbar hatte ihn das „Reh“ daher sehr interessiert, so daß er von dessen Umgebung nichts weiter wahrgenommen hatte.

Das dritte Bild bestand aus (durch ein Erdbeben) verbogenen, auf deutlich hervortretenden Schwellen liegenden Eisenbahnschienen. Der Angeklagte erklärte, eine „Stiegleiter“ gesehen zu haben.

[1]) S. Sommer, l. c.



„„Eine Stiegleiter? Was denn für eine?““ „Nun, so wie sie an einen Schuppen gestellt wird, an einen grau angestrichenen, wie wir zu Hause haben, mit einer Dachluke.“ „„Haben Sie denn den Schuppen auf dem Bilde gesehen?““ „Ja.“

Wir haben also bei der Wahrnehmung der Bilder genau denselben Vorgang, wie bei der Prüfung mit der Wortpaarmethode! Eine mangelhafte Auffassung und Merkfähigkeit, an Stelle des mangelhaft sinnlich Wahrgenommenen ein Auftauchen alter Erinnerungsreste und Verknüpfen dieser mit dem Aufgenommenen, sodann aber noch weiterhin ein Ergänzen, ein phantastisches Ausmalen des Wahrgenommenen im Zeitpunkt der Auffassung und kurz danach und zwar so, daß schließlich ein ganz neues eigenartiges Bild herauswächst, das mit aller anschaulichen Deutlichkeit als wirklich Wahrgenommenes im Bewußtsein steht. Auffallend ist auch hier wieder die Vorstellungsverknüpfung mit dem Gepräge der praktischen Zugehörigkeit und Ausnutzbarkeit: Zum Jäger gehört der Hund, und mit der vermeintlichen Stiegleiter klettert man auf den Schuppen. —

Fassen wir Vorstehendes zusammen, so deuten die Geistesschwäche der Mutter im Alter[1]), die nervösen Erscheinungen, besonders das krankhafte Blinzeln und die Abstumpfung der Hautempfindlichkeit sowie die „Schreibhaut“, ferner auch die schwache Befähigung des einen Sohnes zusammen mit dem unmoralischen Handeln der Tochter, alles in allem darauf hin, daß erbliche Einflüsse krankhafter Natur in der Persönlichkeit des Angeklagten wirksam sind. Außer diesem Moment kann die Kopfverletzung des Angeklagten mit schwerer Hirnerschütterung einen günstigen Boden zu geistiger Erkrankung geschaffen haben.

---

[1]) Will man diese erbliche Belastung durchaus nicht anerkennen (s. Fußnote 3, S. 434), kann man sie ruhig fallen lassen, ohne daß sich an den Schlußfolgerungen aus dem Krankheitsbilde des Angeklagten auch nur das geringste änderte. Jene „nicht erwiesene Tatsache“ ist kein Grundstein, bei dessen Fehlen das ganze Gebäude der Krankheit in sich zusammenstürzen müßte, sondern besonders im vorliegenden Falle nur ein kleiner von den zahlreichen Bausteinen, ohne die das Gebäude ebensogut hält. Die Bedeutung der erblichen Belastung für das Entstehen geistiger Störungen darf nicht überschätzt werden; sie ist keineswegs immer nachweisbar auch bei klar zutage liegenden Geisteskrankheiten, und gerade beim Schwachsinn kann sie ersetzt sein durch die mannigfaltigsten Ursachen. Eine Zusammenstellung solcher Ursachen findet sich bei Hampe, Über den Schwachsinn nebst seinen Beziehungen zur Psychologie der Aussage, Braunschweig, Vieweg & Sohn, 1907.

Daß tatsächlich beim Angeklagten eine abnorme Hirnfunktion besteht, lassen erkennen die mangelhafte geistige Begabung, die reizbare Gemütsschwäche, die manche Bestrafungen herbeigeführt hat (Beleidigung des Lehrers, Mißhandlung der Tochter) und ein hartnäckiges Querulieren bedingte, — ferner sein Nervenleiden, das mit seinen charakteristischen Erscheinungen als Folge der Kopfverletzung durch den Unfall anzusehen ist. Außerdem ist hierher zu rechnen die Empfindlichkeit (Intoleranz) gegen Alkohol, die eine gewisse Widerstandslosigkeit des Gehirns anzeigt, und die glaubhaft erscheint, da vom Angeklagten die Wirkung des geringen Alkoholgenusses auf ihn sachmäßig geschildert und durch die Verhandlung es wahrscheinlich gemacht ist, daß der Angeklagte sich tatsächlich im allgemeinen des Alkoholgenusses enthalten hat.

Im besonderen weisen darauf, daß der Angeklagte in der Tat geistig krank ist, folgende Erscheinungen hin: Zunächst ist durch die Untersuchung nachgewiesen eine gewisse Schwäche des Verstandes und Gemüts durch den beim Angeklagten bestehenden Mangel der Auffassung, der Gedankensammlung, des Gedächtnisses, des Urteilsvermögens, eine einseitige Phantasietätigkeit nach Richtung der praktischen Seite, eine meist gedrückte, aber auch leicht gereizte Stimmungslage. Diese Reizbarkeit im Verein mit dem Mangel an Kritik, ruhiger Überlegung mußte zu Querulieren und anderen abnormen Handlungen führen.

Wir müssen uns gegenwärtig halten, daß es gerade die Gefühle, vorzugsweise Unlustgefühle sind, die zur Tat treiben, die nur beschwichtigt und niedergehalten werden durch die abwägende Verstandestätigkeit, daß also eine krankhaft lebhafte Gefühlsbetonung gegenüber einem schwachen Intellekt zu anormalem Handeln zwingt.

Wir stellen damit beim Angeklagten einen allgemeinen Schwachsinn fest, der z. T. angeborener Natur ist, weil seine Erscheinungen sich weit zurück im Leben des Angeklagten verfolgen lassen, z. T. noch verschlimmert ist durch die Kopfverletzung als eine gewisse Ursache für Schwachsinn überhaupt, weil gewisse Erscheinungen erst nach dem Unfall so recht zutage getreten sind, z. T. wohl auch durch das Alter des Angeklagten auf Grund einer Gehirngefäßverkalkung, wie sie bei diesem höchstwahrscheinlich außerdem noch vorliegt (wie weit hier die Starbildung als Zeichen einer allgemeinen Ernährungsstörung eine Rolle spielt, mag unerörtert bleiben).

Gegen diesen Schwachsinn würde eine gewisse Schlauheit,

seinen eigenen Vorteil wahrzunehmen, wenn sie nachgewiesen wäre, keineswegs sprechen, da jene bei Schwachsinn nicht selten vorkommt, z. T. sogar typisch ist. Ebenso sind die Zeugenaussagen, daß der Angeklagte ein ganz verlogener Charakter, ein sehr gerissener Betrüger sei, der ganz genau wisse, woranf er hinaus wolle, u. dgl., für die psychiatrische Beurteilung belanglos; derartige Verkennungen von Schwachsinn im gewöhnlichen Leben sind durchaus an der Tagesordnung.[1]) Der einzige, der den Angeklagten geradezu instinktiv („mit seinem gesunden Menschenverstande") richtig beurteilt hat, ist der Gemeindevorsteher, der ihn für einen Querulanten erklärte, ihn damit aber keineswegs belastete, sondern entlastete.

Nun haben die drei Vorgutachter sich ebenfalls für einen gewissen Grad von Schwachsinn oder geistiger Minderwertigkeit ausgesprochen.

Die Frage, ob dieser Grad so hoch sei, daß er ohne weiteres Unzurechnungsfähigkeit bedinge, wurde von dem einen Gutachter mit Recht unbeantwortet gelassen unter der Begründung, daß sie spezialärztlich und er zu solcher Beantwortung inkompetent sei. Die beiden andern Gutachter verneinten die Unzurechnungsfähigkeit des Angeklagten, indem sie, der eine mehr, der andere weniger, großes Gewicht auf vermutliche Simulation des Angeklagten legten.

Mit Betonung einer solchen kann der Gutachter nicht vorsichtig genug sein; so ist hervorzuheben, daß sie bei geistig Gesunden äußerst selten ist, daß sie viel eher, wenn wirklich nachweisbar, ein Symptom geistiger Schwäche ist: gerade Schwachsinnige sind es, die simulieren, weil sie in ihrer Dummheit zu dick auftragen, um sich ins rechte Licht zu setzen.[2])

Wenn z. B. der Angeklagte, wie wir hier gehört haben, dem einen Gutachter gegenüber behauptet hat, die vorgelegten Getreidearten, trotzdem er Bauer ist, nicht zu kennen, so ist das nichts weiter als eine schwachsinnige Übertreibung.

Viel kommt auch auf die Art an, wie der Untersucher dem zu Untersuchenden, namentlich bei bestehendem Schwachsinn begegnet. Zeigt man von vornherein, daß man den Angeklagten für den größten Gauner und Simulanten hält, so ist es seine natürliche Abwehr, wenn er genügend Urteilskraft hat, einzusehen, worauf es ankommt, möglichst

---

[1]) S. z. B. Bresler, Simulation von Geistesschwäche bei Schwachsinn. Gutachten, Psychiatr.-neur. Wochenschrift vom 3. Februar 1906 (erschien nach obiger Gerichtsverhandlung, stimmt interessanter Weise in manchen Punkten mit obigem Fall überein).

[2]) Ähnlich wie die Unfallnervenkranken, allerdings diese schon mit mehr Überlegung, aber ohne zu simulieren, übertreiben, um den Untersucher von ihren tatsächlichen Beschwerden zu überzeugen. Vgl. ferner den Fall Breslers, l. c.



das Krankhafte herauszukehren, um dem Untersucher eine günstige Meinung beizubringen, andererseits wird die Stimmung dadurch eine gereiztere, die Aufmerksamkeit abgelenkt und die Antwort mehr in der Zerstreutheit, ohne daß der Sinn der Frage richtig erfaßt wäre, gegeben. Wir haben ja gesehen, daß der Angeklagte, wenn man ihn freundlich, mit ruhigem Wohlwollen gegenübertritt, *sich in der Tat Mühe gibt*, dem Untersucher möglichst gerecht zu werden, richtig zu antworten. Das schon ist der klarste *Beweis gegen Simulation*. Der Simulant verbessert seine Antworten nicht, sondern wiederholt höchstens noch immer unsinnigere.

Es liegt kein Widerspruch darin, daß der Angeklagte sein Geburtsjahr angibt, aber das Alter nicht nennen zu können behauptet. Ersteres haftet im Gedächtnis als feststehende Zahl, die Angabe des Alters setzt stets wieder ein Rechenexempel voraus; ebenso ist es nicht unwahrscheinlich, daß er den Inhalt seiner Zeugenaussage nicht kennt, wohl aber den Hergang der Prügelei anschaulich im Gedächtnis hat.

Überhaupt ist hervorzuheben, daß, *wenn wirklich etwas simuliert sein sollte, damit noch nicht alles simuliert ist*.

Es hat sich *mir kein begründeter Anlaß* geboten, *eine Simulation* des Angeklagten *anzunehmen*.

Des weiteren hat der Gutachter zu bedenken, daß im *allgemeinen zurechnungsfähige Schwachsinnige leichten Grades akut und vorübergehend*, im Augenblick der Tat, *unzurechnungsfähig* werden können, wenn durch ein neu hinzutretendes Moment die an sich schwache Urteilsfähigkeit ausgeschaltet wird, z. B. durch einen besonderen Zustand der Erregung oder einen Depressionszustand oder durch vorherigen Alkoholgenuß. Aber auch damit wäre der vorliegende Fall noch nicht erschöpft.

Um zu ergründen, ob und wie aus der abnormen Hirnbeschaffenheit des Angeklagten dessen unter Anklage des Meineids stehende Aussage zu folgern ist, ist die *psychologische oder psychopathologische Analyse*[1]) *dieser Aussage erforderlich*.

Die Forschungen der letzten Jahre haben zur Aufstellung von fünf Formen der falschen Aussage Geistesgestörter[2]) geführt. Von diesen

---

[1]) Die gleiche Forderung stellt A. *Leppmann* (gelegentlich eines Falles von Lustmord, Ärztliche Sachverständigenzeitung 1905, S. 7): „. . . . daß der Seelenarzt danach streben muß, vor dem Strafgericht mehr zu sein, als ein bloßer Gesund- oder Krankerklärer, und daß er dazu bestimmt ist, durch psychologische und anthropologische Analyse der Tat und des Angeklagten zur Rechtsfindung einzutragen." Vorher schon verlangte *Sommer* (Kriminalpsychologie, 1904) die Prüfung jedes einzelnen Falles mit Hilfe der analytischen Methode.

[2]) *Sommer*: Die Forschungen zur Psychologie der Aussage, Juristisch-psychiatrische Grenzfragen II, 6.

kommt hier für vorstehende Beurteilung in Frage der sog. paramnestische Typus, das sind „Fehlerinnerungen, die das wirkliche Nichtwissen verdecken und die Lücke der Erinnerungslosigkeit (Amnesie) ausfüllen."[1] Dieser Typus spielt ins Normalpsychologische über; der Grundtypus der normalpsychologischen Erinnerungsfälschung sind Zutaten zu dem Wahrgenommenen im Zeitpunkt der Auffassung. Diese Zutaten geschehen häufig durch Assoziationen, Vorstellungsverknüpfungen, die an Stelle von Erinnerungslücken treten, die Erinnerungselemente überwuchern und ganz verdrängen können.[1]) Das kommt schon bei Gesunden vor, wieviel mehr also bei Schwachsinnigen! Der Unterschied zeigt sich in dem Walten der Kritik: Der geistig Gesunde gibt die Möglichkeit des Irrtums zu, er „glaubt" sich zu erinnern, der Schwachsinnige aber ist überzeugt von der Richtigkeit seiner Aussage oder der bestimmten Erinnerung an wirklich Erlebtes.

Aus der oben geschilderten Prüfung des Angeklagten mit der Wortpaarmethode und den vorgelegten Bildern ersehen wir ein typisches Beispiel jener paramnestischen Form der Aussage: Der Angeklagte überdeckte seine Gedächtnislücken durch neugebildete verwandte Vorstellungen, indem er diese mit dem spärlich bei der Wahrnehmung Aufgefaßten verband, das dadurch gewonnene Bild mit alten Erinnerungsresten, diese einseitig phantasievoll und kritiklos neu hinzufügend, assoziativ weiter ausmalte im Sinne praktischer Nutzbarmachung und auf Grund seiner Urteilsschwäche das Ganze für erlebte Wirklichkeit ansah.

In ganz analoger Weise haben wir uns nun seine gerichtliche Aussage entstanden zu denken. Wenn wir uns getrost auf den Boden der Anklage stellen, der Angeklagte habe von der Prügelei seines Sohnes nichts gesehen, soviel ist jedenfalls sicher, daß er wenigstens den Sohn blutend infolge seiner Verwundungen angetroffen hat; unwillkürlich schloß der erregte Vater aus der Wirkung auf die Ursache: der Anblick der Verwundungen spiegelte ihm sofort in seiner lebhaften Phantasie die Art und Weise vor, wie diese entstanden sein mußten. Wir haben die Neigung des schwachsinnigen Angeklagten, bei seinen Wahrnehmungen das Nichtwissen durch Assoziation verwandter Vorstellungen in der Richtung praktischer Verwendbarkeit zu überdecken, das Bild dann weiter assoziativ auszumalen, kennen gelernt. Genau so muß er damals beim Anblick der Wunden seines Sohnes verfahren sein. Von wesentlicher Bedeutung ist hierbei die Behauptung des Angeklagten, der Gegner des Sohnes habe einen

[1]) Sommer: Die Forschungen zur Psychologie der Aussage, Juristisch-psychiatrische Grenzfrage II, 6.

Stein oder dergl. aufgenommen und den Sohn damit bearbeitet. Auf die Frage, warum der denn gerade einen Stein genommen haben sollte, antwortete er: W e i l e r d a s i m m e r t u t (einen Stein zum Schlagen benützt).

Diese Äußerung des Angeklagten, sie mag auf Tatsache beruhen oder nicht, auch wenn sie nur Einbildung des Angeklagten wäre, ist charakteristisch für den Gedankengang des Angeklagten beim Anblick der Verwundung des Sohnes. Denn dieser Bestandteil seines Bewußtseins mußte bestimmend sein für die Gewinnung des Bildes vom Hergang der Schlägerei. Die Wunden waren da, der Gegner hatte in der Meinung des Angeklagten die Gewohnheit, bei Schlägereien einen harten Gegenstand zu benützen, also waren für den Angeklagten die Wunden des Sohnes vorwiegend durch einen Stein hervorgerufen; sofort sah der Vater auch schon in der Phantasie, wie der Gegner sich gebückt hatte, den Stein zu nehmen, und so reihte sich, das Bild ausmalend und ergänzend, Vorstellung an Vorstellung.

Selbst wenn der Sohn nicht äußerlich sichtbar verwundet gewesen wäre und dieser dem Vater nur erzählt hätte, er habe mit P. eine Schlägerei gehabt, würde schon diese hierdurch geweckte Vorstellung der Prügelei zusammen mit der vom gewohnheitsgemäßen Gebrauch eines Steines seitens des P. das gleiche Bild vom Hergange der Schlägerei in der Vorstellung des Angeklagten habe entstehen lassen können, analog der phantasiereichen Ausschmückung des spärlich Wahrgenommenen beim oben geschilderten Versuch mit den vorgelegten Bildern.

Es war nun weiter typisch für den Schwachsinnigen, alsbald nach der Wahrnehmung, allmählich immer gewisser, auch das selbstgebildete phantastisch ausgemalte Schaustück a l s w i r k l i c h E r l e b t e s z u g l a u b e n u n d h i n z u s t e l l e n. Diesen psychologischen Vorgang ermöglichte einmal die dem Angeklagten bereits eigene K r i t i k u n f ä h i g k e i t u n d l e b h a f t e e i n s e i t i g e P h a n t a s i e t ä t i g k e i t sowie die dadurch bedingte U n f ä h i g k e i t, W a h r s c h e i n l i c h e s v o m U n w a h r s c h e i n l i c h e n, W e s e n t l i c h e s v o m U n w e s e n t l i c h e n zu unterscheiden, wie es bei solchen Schwachsinnigen in der Tat charakteristisch ist; andererseits mußte diese Unfähigkeit noch verstärkt werden durch die begreifliche E r r e g u n g, die sich des Vaters, als er die Schlägerei des Sohnes mit dem ihm äußerst verhaßten Menschen erfuhr, bemächtigt haben mußte. Wenn man will, kann man noch obendrein diese Erregung, wenn es feststeht, daß der Angeklagte vorher am selben Nachmittage in der Auktion einige Glas Bier getrunken hat, durch die E m p f i n d l i c h k e i t (I n t o l e r a n z) d e s A n g e k l a g t e n g e g e n A l k o h o l g e n u ß, wie sie für die epileptoide Form des Schwachsinns typisch ist, noch erhöht ansehen.

Es war jedenfalls ein so starkes Unlustgefühl in dem Angeklagten mächtig, daß es ihm eine klare Kritik der Auffassung unmöglich machte.

Unter dem Einfluß dieses Unlustgefühls, das die schwache Verstandestätigkeit förmlich überwucherte und niederhielt, hielt der Angekagte nun um so mehr an seiner Fehlerinnernng wie an einem wirklich Erlebten fest, als der zurückgezogen lebende, verschlossen seinen Gedanken nachhängende Angeklagte kaum die Einzelheiten der Affäre mit irgend jemand näher besprochen haben dürfte.

So erfolgte schließlich die gerichtliche Aussage unter Eid in ungefähr der gleichen Gemütsverfassung, wie sie der Angeklagte bei und nach der Auffassung des vermeintlichen Erlebnisses hatte, zumal wir anzunehmen haben, daß schon Tage und Wochen vor dem Termin, an dem die Aussage geleistet werden sollte, wieder das alte Unlustgefühl derselben Färbung wie damals in alter Stärke wach wurde und sogar eine etwaige Überlegung der Bedeutung des Eides hinsichtlich der zu leistenden Aussage nicht aufkommen ließ.

Die Sachlage, ob diese Zeugenaussage vor oder erst nach dem Zusammentreffen mit Rechtsanwalt Dr. B. statthatte, ist durch die Verhandlung nicht aufgeklärt; sollte diese Erinnerung an das unmoralische Verhalten der Tochter und deren Freiwerber, den verhaßten Feind des Vaters, um dem es sich ja in der Aussage handelte, vorhergegangen sein, so ist deren verstärkender Einfluß auf jenen Unlustaffekt ja außer allem Zweifel und die Behauptung des Angeklagten, sich an das, was er ausgesagt habe, nicht mehr zu erinnern, nur um so glaubwürdiger.

Fassen wir nun unser Gutachten zusammen, so haben wir bei dem Angeklagten

1. den ja auch anderweitig festgestellten leichten Schwachsinn, der angeboren und durch die Kopfverletzung noch verstärkt ist,

2. eine dem entsprechende Reizbarkeit des Gemüts, überhaupt ein abnorm starkes Gefühlsleben, im besonderen

3. einen starken Affekt der Unlust bei und nach jener Auffassung der Tatsache (Verletzung des Sohnes),

4. höchstwahrscheinlich eine typische Empfindlichkeit gegen Alkohol und ebenso wahrscheinlich oder sicher das tatsächliche Vorhergehen des Genusses von Alkohol vor der Wahrnehmung,

5. die krankhaft schwachsinnige Neigung des Angeklagten zu assoziativer Ausmalung und Ergänzung des Wahrgenommenen,

6. einen Zustand krankhafter Verstimmung (Depres-

sion), der z. T. eine Erscheinung des Unfall-Nervenleidens, z. T. durch anhaltende Gemütserregungen hervorgerufen ist.

Wir erinnern uns, daß zum leichten Schwachsinn nur ein einziges Moment, z. B. ein Zornaffekt oder ein Depressionszustand o. dgl. hinzukommen braucht, um die Unzurechnungsfähigkeit zu bedingen. Durch das Zusammentreffen jener sechs oder fünf Momente sehen wir ohne Frage das Zustandekommen seiner Auffassung im Zustande einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit bei dem Angeklagten bedingt. Nachdem diese Auffassung nun einmal zustandegekommen war, war es für den leicht Schwachsinnigen nur typisch und folgerichtig, diese Auffassung für ein wirkliches Erlebnis zu nehmen und daran unbelehrbar festzuhalten, also auf Grund jener Fehlerinnerung mit dem Stempel des sicher Erlebten in der sog. Form des paramnestischen Typus der falschen Aussage einen Falscheid im guten Glauben zu leisten.

Also wird ohne Zweifel der § 51 des Str.-G.-B. für den Angeklagten voll in Anwendung kommen müssen.[1])

[1]) Das vom Gericht gefällte Urteil lautete auf — fünf Jahre Zuchthaus! Übrigens konnte der Sachverständige das Gutachten wegen (häufiger) Unterbrechung durch den Vorsitzenden bei recht vorgerückter Zeit (11—12 Uhr nachts!) nicht vollständig zu Ende bringen.

I.

Über die leichteren Formen der periodischen Störungen des Nerven- und Seelenlebens (Zyklothymie).

Aus dem Sanatorium für Nerven- und innere Krankheiten Schloß Hornegg a. N.

von **Dr. L. Roemheld.**

Daß periodische, d. h. aus inneren Gründen und ohne hinreichenden äußeren Anlaß entstehende Erkrankungen des Nerven- und Seelenlebens beim Menschen vorkommen, ist schon lange bekannt.

Ihren prägnantesten Ausdruck finden diese periodischen Erkrankungen in den Zuständen, die wir als manisch-depressives Irresein bezeichnen.

Der Psychiater versteht darunter Erkrankungsformen, bei denen sich im Leben eines Menschen manische und depressive Phasen einer Psychose mehrfach wiederholen, sei es, daß eine regelmäßige Alternierung des Erregungs- und Depressionszustandes stattfindet, sei es, daß ausschließlich Phasen von entweder manischem oder depressivem Charakter mehrfach wiederkehren.

Auch gesunde Menschen, die geistig durchaus als normal angesehen werden müssen, zeigen nicht selten Schwankungen des psychischen Gleichgewichts, die mit einer gewissen Periodizität, ohne durch erkennbare äußere Veranlassung genügend begründet zu sein, auftreten können und sich in motivlos wechselnder Stimmung und wechselnder Leistungsfähigkeit äußern. Meistens handelt es sich dabei um besonders weiche, sensible, tiefgründige Naturen mit einem sehr ausgeprägten Gefühlsleben. Zwischen diesen noch durchaus innerhalb der Gesundheitsbreite fallenden Erscheinungen und den schweren Formen des manisch-depressiven Irreseins kommen die mannigfachsten Übergänge vor. Kahlbaum[1]) und Hecker[2]) gebührt das Verdienst, zuerst auf die außerordentlich

[1]) Cit. nach Kraepelin, Psychiatrie.

[2]) Die Zyklothymie, eine zirkuläre Gemütserkrankung. Zeitschr. f. prakt. Ärzte 1898.

häufigen leichten Fälle zyklischer Erkrankung hingewiesen zu haben. Kahlbaum hat für diese Erkrankungsformen den Sammelnamen Zyklothymie geprägt.

Daß diese Fälle, die man früher und auch heute noch vielfach fälschlich der Neurasthenie oder noch häufiger der Hysterie zugerechnet hat, nosologisch streng genommen den manisch-depressiven Zuständen zuzuzählen und nur graduell von ihnen verschieden sind bzw. infolge der geringeren Intensität der klinischen Symptome nicht als Geisteskrankheit imponieren, ist seit den Arbeiten von Kraepelin,[1]) Hoche,[2]) Weygandt[3]) und neuerdings von Wilmanns[4]), der sich in einer Arbeit speziell mit der Zyklothymie beschäftigt und die Beobachtungen der Heidelberger Irrenklinik verwertet hat, über allen Zweifel erhaben. Die Zyklothymie muß als die abgeschwächte Form der periodischen Psychose bezeichnet werden, sie steht in der Mitte zwischen dieser und der noch physiologischen Schwankung des psychischen Gleichgewichts. Wir subsumieren deshalb mit Wilmanns unter den Begriff der Zyklothymie alle die auf konstitutioneller Basis beruhenden Fälle von zirkulärer Erkrankung des Nerven- und Seelenlebens, bei denen die psychisch-nervösen Störungen in der mildesten Form auftreten, so daß die Kranken der ärztlichen Beeinflussung zugängig bleiben und ohne Gefahr für sich und andere außerhalb einer geschlossenen Anstalt behandelt werden können.

Es liegt in der Natur der Sache, daß der Psychiater in der Klinik die als Zyklothymie zu bezeichnenden leichten Fälle, die in das Grenzgebiet zwischen innerer Medizin und Psychiatrie gehören und der großen Gruppe der psychisch-nervösen Störungen zuzuzählen sind, nur selten zu Gesicht bekommt, während diese in der Sprechstunde des Internisten, des Frauen- und besonders des Nervenarztes sowie in dem Krankenbestand offener Sanatorien ein großes Kontingent bilden. Meist segelten sie allerdings seither unter falscher Flagge, und besonders weibliche Patienten wurden häufig als Hystericae behandelt und mit dieser Diagnose der offenen Anstalt zugeschickt.

Ich habe in den letzten Jahren meiner Tätigkeit als leitender Arzt an einem Sanatorium für innere und Nervenkrankheiten 71 mal

[1]) Kraepelin, Psychiatrie.

[2]) Hoche, Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Halle, Marhold 1897.

[3]) Weygandt, Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. München, Lehmann.

[4]) K. Wilmanns, Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins (Zyklothymie) und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. Nr. 434. 1906.

Fälle von Zyklothymie zu behandeln Gelegenheit gehabt und will im folgenden das Krankheitsbild an der Hand meines Beobachtungsmateriales schildern. Bemerken darf ich noch, daß es sich durchweg um Patienten besserer Stände gehandelt hat.

Unter den 71 Fällen waren zehn, die wiederholt in verschiedenen Phasen der Krankheit zu uns kamen, so daß wir sie in Abzug bringen müssen und nur von 61 Patienten mit Zyklothymie sprechen können. Darunter befanden sich 20 Männer, 41 Frauen. Da der Krankenbestand unserer Anstalt im übrigen eine annähernd gleiche Verteilung auf beide Geschlechter ergibt, so dürfte das auffallende Prävalieren des weiblichen Geschlechts bei der Neigung zu zyklischer Erkrankung des Nervensystems, eine Tatsache, die auch von anderer Seite (Hoche, loc. cit.) beobachtet worden ist, nicht auf lokale oder unserer Anstalt eigentümliche Verhältnisse zurückzuführen sein.

In der Pathogenese der Zyklothymie spielt die hereditäre nervöse Disposition die größte Rolle. Nicht selten findet man auch mehrfache Verwandtenehen unter den Vorfahren. Nach Hoche liegt fast bei keiner anderen psychischen Störung so häufig gleichartige Vererbung vor wie bei den zirkulären Erkrankungsformen. Eltern mit ausgesprochenem zirkulären Irresein haben nicht selten Kinder, bei denen sich die konstitutionelle Anomalie in Form der leichteren Zyklothymie oder selbst nur als angeborene, noch physiologisch zu nennende Labilität der Stimmungslage geltend macht. Aber auch das Umgekehrte kann vorkommen, ein Beweis für die Richtigkeit der Annahme, daß es sich um ein einheitliches Krankheitsbild mit nur graduellen Unterschieden handelt.

Ich konnte bei meinen Patienten in der Hälfte der Fälle ausgesprochene schwere erbliche Belastung nachweisen. Wie häufig bei den Vorfahren zirkuläre Erkrankungen vorgekommen waren, war leider nicht mit Sicherheit zu ernieren.

Bei Kindern habe ich zyklothyme Zustände nicht beobachtet, weder in meiner jetzigen Tätigkeit, noch früher während meiner Assistentenzeit an der Kinderklinik zu Heidelberg. Auch ausgesprochen periodische Geistesstörungen sind im Kindesalter selten. Es dürfte indessen schwer sein, bei Kindern mit ihrer wenig entwickelten Persönlichkeit und mit ihrem schon physiologisch vorhandenen lebhaften Stimmungswechsel zu entscheiden, was noch als normal, was als pathologisch anzusehen ist.

Verfolgt man die Anamnese zyklothymer Persönlichkeiten, so findet man allerdings nicht selten, daß sich schon in früher Jugend eine gewisse Nervosität bemerkbar gemacht hat, leichte Reizbarkeit, gelegent-

licher Hang zur Einsamkeit, ungleiche Leistungsfähigkeit in der Schule, frühe Masturbation, lang dauerndes Bettnässen, Krämpfe. Vielleicht sind auch die Stimmungsanomalien, welche bisweilen choreatische Anfälle der Kinder begleiten, hierher zu zählen. (Hoche.)

Zur Zeit der sexuellen Entwicklung, oft schon vor Eintritt regelrechter Genitalblutungen, machen sich beim weiblichen Geschlecht häufiger zyklische Störungen geltend, die den menstruellen Typus zeigen und alle Übergänge von der einfachen Verstimmung bis zur ausgesprochenen menstruellen Psychose darbieten können.

Als auslösend wirken bei psychopathisch Veranlagten im späteren Leben sehr häufig Verlobung, Verheiratung, Wochenbett und endlich das Klimakterium. Die Fälle, die ich[1]) als sponsale Zyklothymie beschrieben habe, die Beobachtungen, die Obersteiner[2]) als nuptiales Irresein veröffentlicht hat, gehören hierher. Sich zum erstenmal im Leben einer ernsten Entscheidung gegenübergestellt zu sehen, genügt häufig bei solchen konstitutionell veranlagten Frauen, um die erste depressive Phase einer Zyklothymie zum Ausbruch zu bringen, während anderseits nicht selten leichte Erregungszustände mit erotischer Färbung in das Pubertätsalter im weiteren Sinn fallen. Hierher sind auch die puerperalen Zyklothymien zu rechnen, die häufig fälschlich als Erschöpfungszustände gedeutet werden, während es sich in Wirklichkeit um leichte manisch-depressive Zustände handelt.

Daß auch äußere Veranlassungen, eine freudige Erregung, ein Trauerfall, eine Enttäuschung, ein Chock, eine besondere Überanstrengung, Übernahme einer verantwortungsreichen Stellung usw. auslösend wirken können, sei kurz erwähnt. Die Angehörigen pflegen dann gewöhnlich diese auslösenden Faktoren als die Ursache der Erkrankung anzusehen, während die wahre Ursache die konstitutionelle erbliche zyklische Veranlagung ist.

Die Symptomatologie der Zyklothymie ist eine ungemein variable. Das Schema, daß Zeiten psychischer und psychomotorischer Erregung und Hemmung regelmäßig wechseln, oder daß wiederholt im Leben leichteste hypomanische Zustände oder leichtere Depressionen auftreten, kann je nach der Individualität der einzelnen Persönlichkeit, nach der Dauer und Intensität der Anfälle die allermannigfachsten Variationen zeigen.

Der Einfachheit halber wollen wir zunächst das Bild zeichnen, welches die Kranken im Zustand der zyklischen nervösen Erregung darbieten, dann die periodische Depression schildern

[1]) Roemheld, Zyklothymie bei Bräuten. Württ. ärztl. Korrespondenzbl. 1904.

[2]) Obersteiner, Über Psychosen im unmittelbaren Anschluß an die Verheiratung. Jahrb. f. Psychiatrie 1902. Bd. XXII.

und zuletzt die **Mischformen** betrachten. Ich betone dabei ausdrücklich, daß ich nur die leichten, der Zyklothymie zuzurechnenden und nicht als Geisteskrankheit imponierenden Fälle im Auge habe und auf die Schilderung des ausgesprochenen manisch-depressiven Irreseins, das nicht hierhergehört, gänzlich verzichte. Der Arzt in einer offenen Anstalt und überhaupt der Nervenarzt bekommt die depressiven Phasen der Zyklothymie wesentlich häufiger zu Gesicht als die nervösen Erregungszustände, da der Kranke im Zustand der psychischen Hemmung sich selbst krank fühlt, den Angehörigen als krank erscheint und deshalb nach dem Arzt verlangt. Im Zustand der zyklothymen Expansion wird naturgemäß der Arzt nur dann aufgesucht, wenn die Erregung einen solchen Grad erreicht hat, daß sie auch der Umgebung lästig wird.

So erklärt es sich, daß unter meinen Fällen nur sechs sind, die im Zustand zyklischer Hypomanie zu uns kamen. Dazu addieren sich dann noch die Patienten, bei denen hier ein Umschlag der depressiven Phase beobachtet wurde.

Im Zustand zyklischer Erregung bietet der Kranke das abgeschwächte Bild der Manie dar. Wir finden deshalb die rudimentären Symptome der Manie wieder: gehobene Stimmung, vielfach mit abnormer Reizbarkeit, Bewegungsdrang, Ideenflucht.

Ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl geht den Patienten in diesem Stadium, wie bereits erwähnt, meistens ab. Sie fühlen sich im Gegenteil gewöhnlich auffallend frisch, leistungsfähig und gesünder als je, höchstens wird über gewisse Reizbarkeit geklagt.

Die Stimmung der Patienten ist gewöhnlich sehr gehoben und kann sich bis zu strahlender Euphorie steigern. Der Blick ist glänzend, die Mimik lebhafter als gewöhnlich. Die Kranken sind gesprächig, unterhaltend, witzig und werden meist von anderen als gute Gesellschafter sehr geschätzt. Sie fühlen sich besonders glücklich, sind, oft im Gegensatz zu ihrem früheren Verhalten, überaus zufrieden mit allem und voll Dankbarkeit gegenüber dem Arzt. Ihre Sprache bewegt sich in überschwänglichen Ausdrücken, in Superlativen.

Ihr Bewegungsdrang äußert sich bald in lebhaftem Mitgefühl anderen gegenüber, bald in planloser Unruhe, bald in rastloser Geschäftigkeit, die aber meistens doch zu keiner konzentrierten Arbeit führt, bald wieder in gesteigerter, produktiver Leistungsfähigkeit. Besonders gilt dies, wie schon **Hecker** betont hat, von dichterischen, musikalischen, ästhetischen Erzeugnissen. Wird doch, ob mit Recht oder Unrecht sei dahingestellt, auch von dem größten deutschen Dichter behauptet, daß er ein Zyklothymer gewesen sei. — Der Kranke kennt keine Ermüdung, er kümmert sich um alles, was ihm früher fern lag, zeigt lebhaftes, meist aber nicht nachhaltiges Interesse für alles mögliche, begeht leicht Exzesse, macht unnötige Ausgaben, verlobt sich vorschnell usw.

Auch die manische Ideenflucht ist angedeutet: eine gewisse Planlosigkeit. Ablenkbarkeit, Oberflächlichkeit des Denkens macht sich bemerkbar, in der Unterhaltung springt der Patient von einem Thema auf das andere über, in seinem Handeln läßt er sich von augenblicklichen Gemütsbewegungen und Eindrücken beherrschen, die Konsequenz im Reden und Handeln fehlt, der Wille wird steuerlos.

Während manche Kranke in diesem Stadium der heiteren Hypomanie liebenswürdig, lenksam und gutmütig sind und höchstens durch ihre Unruhe unangenehm auffallen, macht sich bei anderen wieder eine gewisse Reizbarkeit bemerkbar. Alles ärgert sie, an allem haben sie etwas auszusetzen, sie sind hypersensitiv, krankhafte Rechthaberei und krankhafter Egoismus beherrschen das Bild. Somatisch fühlt sich der Patient im zyklisch nervösen Erregungszustand meistens außerordentlich wohl. Das Aussehen bessert sich, der Kranke erscheint jugendfrischer und ist elastischer, hat besseren Appetit, schläft gewöhnlich besser, hat zum Teil allerdings auch vermindertes Schlafbedürfnis. Während bei ausgesprochener Manie das Körpergewicht meist sinkt, konnte ich bei den leichten Fällen, die mir zur Beobachtung kamen, stets ein Ansteigen der Gewichtskurve trotz der vorhandenen Ruhelosigkeit konstatieren.

Die geschilderten Zustände heiterer Hypomanie sind wir nur dann berechtigt der Zyklothymie zuzurechnen, solange sich] alle diese Erscheinungen noch im Rahmen des gesellschaftlichen Benehmens halten. Steigern sich die Symptome so sehr, daß es zu antisozialem Verhalten kommt, so müssen wir von Manie reden und den Patienten einer geschlossenen Anstalt überweisen. Wir werden auf diesen Punkt weiter unten bei Besprechung der Differentialdiagnose nochmals zurückkommen.

Häufiger als zyklothyme Erregungszustände sieht man zyklische Depressionen.

Von meinen 61 Patienten kamen 55 im Stadium der Depression zu uns.

Ausnahmslos besteht während dieses Stadiums ein lebhaftes Krankheitsgefühl. Der Beginn der Störung ist meist ein allmählicher, falls nicht gerade ein plötzlicher Umschlag aus einer vorausgegangenen hypomanischen Phase vorliegt, was indessen seltener vorzukommen scheint als das Umgekehrte. Langsam entwickelt sich ein Krankheitsbild, das sich im wesentlichen aus den zwei Hauptsymptomen einer unmotiviert gedrückten Stimmung mit Unlustgefühlen und ausgesprochener, aber leichtester psychischer und psychomotorischer Hemmung zusammensetzt. Bei einzelnen Patienten konnte ich beobachten, daß sich diese periodische Depression mit einer gewissen Regelmäßigkeit zu bestimmter Jahreszeit (Frühjahr oder Herbst) einstellte, ebenso wie auch an den einzelnen Tagen der Höhepunkt der Depression meist an gewisse Stunden, gewöhnlich die

ersten Morgenstunden gebunden war, während sich abends ein relatives Wohlbefinden bemerkbar machte.

Die Kranken zeigen meist eine inhaltlose Verstimmung; sie sind mutlos, traurig, haben die Empfindung einer Öde und Leere. Nichts macht ihnen mehr Freude. Sie fühlen sich schwerfällig, interesselos und gleichgültig gegenüber ihrem Beruf, ihrer Familie, ihren gewohnten Liebhabereien, alles ist ihnen fremd geworden. Ihr Gefühlsleben erscheint ihnen wie erstorben. Nicht selten hört man den Ausspruch: Ich bin gar nicht mehr „ich selbst", ich komme mir wie versteinert vor, mein Gedächtnis ist mir verloren gegangen, ich vermag nichts mehr zu lesen, nichts mehr in mich aufzunehmen usw. Dieselben Äußerungen kehren bei allen derartigen Patienten mit einer gewissen Stereotypie wieder. Eigentliche Wahnideen, Versündigungsideen und Suizidgedanken gehören nicht zum Bild der hier zu beschreibenden leichteren zyklothymen Zustände. Vage Selbstvorwürfe, die aber meist im Bereich der Möglichkeit gehalten sind oder dem Patienten selbst geradezu absurd erscheinen, ängstliche Befürchtungen und Andeutungen von krankhaften Eigenbeziehungen werden bisweilen beobachtet, sind aber immer etwas suspekt. Die Kranken benehmen sich stets völlig geordnet; im Verkehr mit anderen, den sie gewöhnlich nicht suchen, vergessen sie sich oft, so daß man nichts von ihrer Depression merkt: sie sind besonnen und besitzen immer noch genug Selbstbeherrschung und Kritik, um echte Wahnideen nicht aufkommen zu lassen. Die intellektuellen Leistungen der Kranken stehen oft in direktem Mißverhältnis zu den Insuffizienzgedanken, mit denen sich die Patienten plagen, und die die Folge der tatsächlich vorhandenen psychischen Hemmung sind. Diese psychische Hemmung macht die Kranken besonders unglücklich: sie ziehen sich zurück von ihrer Umgebung, fühlen sich träge zum Denken, schwerfällig und unfähig zu Entschließungen; alles steht ihnen wie ein Berg bevor. Dabei unterschätzen sie ihre eigene Leistungsfähigkeit, verlieren das Selbstvertrauen und sehen trübe in die Zukunft. Oft kommt es zu Tränenausbrüchen, die dann meist eine gewisse Erleichterung bewirken. Starke Angstempfindungen, Präkordialangst, wie sie die ausgesprochene Melancholie häufig begleitet, fehlt bei zyklothymer Verstimmung oder erreicht nur leichte Grade. Oft besteht eine gewisse Ruhelosigkeit; die Kranken halten es an keinem Platz lange aus, meinen immer wieder, ein neues Heilverfahren könne ihnen nützen, ziehen deshalb von einem Arzt zum anderen, um durch jede neue Enttäuschung immer mehr verstimmt und immer menschenscheuer zu werden. Auch psychasthenische Zustände, wie wir sie bei konstitutioneller Neurasthenie finden, Zwangsideen, Zwangshandlungen, Grübelsucht, kehren nicht selten bei unseren Patienten wieder. Auch Superposition hysterischer Symptome sieht man bisweilen.

Kranke mit zyklothymer Depression zeigen gewöhnlich einen leidenden Gesichtsausdruck. Nahrungsaufnahme und Schlaf sind gestört, das Gewicht nimmt fast immer stark ab. Nicht selten treten dazu noch eine Reihe nervöser Sensationen, die für den Kranken, der alles nur durch die Brille seiner Verstimmung sehen kann, eine Quelle hypochondrischer Befürchtungen sind.

Diehl[1]) beschreibt Fälle, bei denen regelmäßig ein sehr intensiver, vielleicht psychogen gesteigert empfundener Kopfschmerz die depressiven Zustände einleitete. Die Kranken waren vorher ohne jeden Erfolg wegen ihrer körperlichen Beschwerden behandelt worden, bis Diehl den Kopfschmerz als Teilerscheinung der psychischen Störung erkannte. Wilmanns[2]) hat besonders auf das Vorhandensein nervöser Dyspepsie und chronischer Obstipation bei depressiv Zyklothymen aufmerksam gemacht. Er hält mit Recht diese somatischen Beschwerden nicht wie die alte Schule für die Ursache, sondern für eine Folge und Teilerscheinung der zerebralen Störung. Die psychischen Erscheinungen tragen eben bei diesen Kranken zu Unregelmäßigkeiten der Verdauungsvorgänge bei. Auch ich fand bei mehr als der Hälfte meiner Fälle gastrointestinale Beschwerden, Störungen im Gebiet der Splanchnici, besonders Obstipation. Ferner vermochte ich häufig vasomotorische Störungen, Wallungen, Herzpalpitationen, Zessieren der Menses, Auftreten reichlichen hellen Urins von niederem spezifischen Gewicht (sog. Urina spastica) beim Übergang einer zyklothymen Phase in eine andere zu konstatieren.

Auch möchte ich an dieser Stelle auf die besonders von Alter[3]) angestellten und von mir bei zyklothymen Kranken nachgeprüften Versuche über das Verhalten des Blutdrucks bei nervösen Störungen hinweisen. Alter fand, daß im allgemeinen hohe Blutdruckwerte den Empfindungen der Angst, der Unlust und des Ärgers entsprachen, während niedere sich bei euphorischer und heiterer Stimmung vorfanden.

Es ist für den Arzt von größter Wichtigkeit, daß er die somatischen Beschwerden zyklisch Deprimierter richtig bewertet und die vielfachen hypochondrischen Klagen der Patienten als Teilerscheinung bzw. als Folgezustand der psychisch-nervösen Störung auffaßt. Gerade der nicht speziell neurologisch und psychiatrisch geschulte Arzt übersieht leicht über einem vielleicht harmlosen lokalen Befund die zugrund liegende Zyklothymie, zumal da die meisten Patienten im depressiven Stadium

---

[1]) Diehl, Der Kopfschmerz beim manisch-depressiven Irresein. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurologie Bd. XV.

[2]) Loc. cit.

[3]) Alter, Über das Verhalten des Blutdrucks bei gewissen Geistesstörungen. Neurol. Zentralbl. 1903. 22.

infolge ihrer psychischen Hemmung viel eher geneigt sind, über ihre körperlichen Beschwerden sich auszusprechen, als ihren Seelenzustand dem Arzt zu offenbaren. Es kann deshalb nicht genug davor gewarnt werden, bei solchen Patienten durch symptomatische lokale Behandlung den hypochondrischen Vorstellungen neuen Inhalt zu geben und künstlich psychogene Symptome zu züchten. Für den Gynäkologen wichtig ist, daß er nicht selten von solchen Patienten wegen Zessieren der Menses, wegen Obstipation und abnormer Sensationen im Unterleib, Störungen, welche von den Patienten oder ihren Angehörigen oft als Ursache der Depression betrachtet werden, während sie in Wirklichkeit Teilerscheinungen des allgemein-nervösen Zustandes sind, konsultiert wird.

Wir lernten bis jetzt das klinische Bild des einzelnen Anfalls zyklischer Erregung und Depression kennen.

Aus einem nach der Gruppierung dieser Zustände, nach der Dauer und Intensität der einzelnen Anfälle ganz verschieden gestalteten Bild resultieren die verschiedenen Verlaufsarten der Zyklothymie.

Am seltensten sind Fälle, bei denen sich mehrmals im Leben ausschließlich unmotiviert Zeiten mit dem zuerst geschilderten Symptomenbild einstellen (periodische Hypomanie.)

Häufiger kommen die reinen leichten periodischen Depressionszustände vor. Allerdings muß die Einschränkung gemacht werden, daß die dazwischenliegenden Erregungszustände oft der Beobachtung entgehen, da die Kranken in dieser Zeit für gesund gehalten werden. Nach meinen Erfahrungen, die sich mit denen von Hoche decken, beginnt die Mehrzahl der Fälle periodischer Depression erst auf der Höhe des Lebens, bei Frauen sogar oft erst z. Z. des Klimakteriums.

Die häufigste Verlaufsart der zyklischen Störungen, die Zyklothymie im engeren Sinn, ist charakterisiert durch ein abwechselndes Auftreten der beiden oben geschilderten Krankheitsphasen.

Aber auch hier zeigt sich wieder die größte Mannigfaltigkeit, und alle Übergangsformen zwischen konstitutioneller Labilität des Gemütslebens bis zu den schwersten Formen kommen vor. Oft besteht das ganze Leben hindurch ein gewisser Zyklus wechselnder Phasen, so daß die Patienten immer entweder „himmelhoch jauchzend“ oder „zum Tode betrübt“ sind. Meist haben sie sich selbst an diese Zustände gewöhnt und sich damit abgefunden; viele allerdings leiden auch ganz unsagbar unter diesen beständigen Schwankungen.

Zwischen den einzelnen Anfällen können anderseits lange freie Intervalle liegen. Nicht selten sind indessen, worauf bereits hingewiesen wurde, diese sog. freien Intervalle, während welcher sich der

Kranke besonders gesund und leistungsfähig fühlt und keinen Arzt nötig hat, in Wirklichkeit Zeiten leichtester hypomanischer Erregung, und manche in diese „gesunden Zeiten" fallende merkwürdige Handlungen erklären sich auf diese Weise. Bei anderen Patienten kommt es im ganzen Leben nur zu wenigen durch Pausen von Jahren getrennten Anfällen, oft von sehr langer Dauer; wieder andere zeigen mit großer Regelmäßigkeit kurze Schwankungen von einigen Tagen Dauer. Ich beobachtete einen Herrn, bei dem regelmäßig lange Zeit hindurch in Pausen von drei Tagen ein Zustand von Erregung und Hemmung wechselte. Gerade bei diesem Patienten konnten wir mit einer gewissen Regelmäßigkeit beobachten, daß an den „schlechten" Tagen der Blutdruck deutlich erhöht war, während er an den „guten" Tagen normale Werte zeigte.

Auch der Übergang von der einen zyklothymen Phase zur anderen kann sich verschieden gestalten. Meist bereitet er sich langsam vor, oft aber, was wir namentlich beim Übergang des depressiven Stadiums in das Gegenteil beobachten konnten, tritt über Nacht ein plötzlicher Umschlag ein, so daß der Kranke den Arzt bei der Morgenvisite freudig begrüßt mit der Versicherung, jetzt sei er ganz gesund.

Weygandt[1]) hat auf Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins aufmerksam gemacht: Psychische Hemmung kann sich mit psychomotorischer Erregung und gehobener Stimmung kombinieren. In abgeschwächtem Grad findet man diese Mischzustände auch bei der Zyklothymie. Das sind die Kranken, die äußerlich heiter und vergnügt erscheinen, subjektiv aber sehr unter ihren Hemmungszuständen leiden und sich mit Entschlußunfähigkeit und Insuffizienzgedanken plagen.

Oft machen sich auch nur gewisse *nervöse Eigentümlichkeiten mit zyklisch hervortretender Steigerung* bemerkbar. Es würde zu weit führen, wollten wir hier alle möglichen Kombinationen schildern. Auch von der Zyklothymie gilt eben, daß die Natur nicht schematisiert, sondern daß sie auch im Seelenleben die mannigfachsten Übergänge und Variationen bei Erkrankungen schafft.

Diese Übergänge finden wir auch zu anderen Krankheitsbildern, und dadurch wird nicht selten die *Diagnose* dieser Grenzfälle sehr erschwert.

Die ausgesprochenen Fälle von Zyklothymie sind, namentlich wenn erbliche Belastung vorliegt und bereits mehrere Anfälle der einen oder anderen Phase vorausgegangen sind, leicht zu erkennen. Daß sie seither vielfach den funktionellen Neurosen, der Neurasthenie und Hysterie,

[1]) loc. cit.

zugerechnet wurden, lag wohl weniger an der Schwierigkeit der Diagnosenstellung, als daran, daß die Kenntnis des Krankheitsbildes der Zyklothymie bis dahin noch nicht Allgemeingut der Ärzte war.

Wirkliche Schwierigkeiten können sich darbieten, wenn es sich um den ersten auftretenden Anfall handelt. *Differentialdiagnostisch* kommen in Betracht: Neurasthenie, besonders die mit Entartungssymptomen einhergehenden konstitutionellen Formen, Hysterie, progressive Paralyse. Auch nach der Seite der physiologischen Stimmungslabilität einerseits, nach der Richtung der ausgesprochen manisch-depressiven Psychose anderseits ist eine Abgrenzung nötig.

Es wird stets Sache des ärztlichen Taktes und der individuellen ärztlichen Erfahrung sein, zu entscheiden, welche Fälle man noch als Zyklothymie bezeichnen soll, welche der manisch-depressiven Psychose zuzurechnen sind. Da es sich hierbei auch um praktische Konsequenzen, besonders um die Frage der Internierung in einer geschlossenen Anstalt handelt, betrachten wir als feststehende Regel, daß *Patienten, deren Benehmen in irgendeiner Weise unsozial ist und die gesellschaftlichen Formen verletzt, ferner solche, die Suizidideen, Wahn- und speziell Versündigungsideen äußern und stärkere Angstaffekte zeigen, an den Psychiater zu verweisen sind.* Fälle ohne diese Symptome sind der Zyklothymie zuzuzählen und werden, wie wir häufig zu sehen, Gelegenheit haben, auch von den ersten klinischen Lehrern der Psychiatrie offenen Sanatorien zugewiesen.

Bei zyklischer Verstimmung, häufiger noch im hypomanischen Stadium, kann die *Differentialdiagnose gegenüber der progressiven Paralyse* in Frage kommen, namentlich wenn der erste Anfall in das vierte oder fünfte Lebensdezennium fällt. Gemeinsam ist beiden Zuständen oft die gehobene Stimmung und die daraus resultierende Überschätzung der eigenen Persönlichkeit und der eigenen Leistungsfähigkeit mit ihren Konsequenzen. Das Auftreten somatischer Symptome und deutlicher Urteilsschwäche entscheiden zugunsten der Paralyse. In zweifelhaften Fällen kann die Zytodiagnose in Frage kommen. — Die leichten Formen der Zyklothymie gehen oft, wie schon oben betont wurde, ganz unmerklich in gewisse *Entartungszustände* über, wie wir sie bei den psychopathisch Minderwertigen finden, konstitutionelle Verstimmung, Zwangszustände usw., Erkrankungsformen, die ja nicht selten ebenfalls mit gewissen regelmäßigen Schwankungen der Gemütslage, der Lebensauffassung und des Handelns verbunden sind. Hier ist oft eine exakte Differentialdiagnose nicht möglich, und wir können manchmal nur von *zyklisch hervortretenden psychisch nervösen Eigentümlichkeiten* sprechen.

Mit den Depressionszuständen, wie sie bei erworbener Überarbeitungsneurasthenie auftreten, wird die Zyklothymie oft verwechselt. Der nervös Erschöpfte und Überreizte ist herabgestimmt, weil er tatsächlich eine, allerdings meist vorübergehende, Verminderung seiner geistigen Leistungsfähigkeit merkt. Der depressive Affekt des Neurasthenikers entsteht, wie Friedmann[1]) mit Recht hervorhebt, nicht primär, „sondern sekundär aus real begründeten hyperästhetisch aufgenommenen Sorgen“. Seine Stimmung bessert sich gewöhnlich rasch, wenn er frei von den Pflichten des Berufs bei entsprechender Ablenkung ausspannen und sich erholen darf, und wenn die Sorgen, die auf ihm lasteten, beseitigt werden. Der zyklisch Deprimierte hat das Gefühl der Insuffizienz, der Schwere und Hemmung ohne irgendwelche klare Begründung. Er kennt keine Ursache für seine ihm selbst oft unerklärliche trübe Stimmung. Bei dem Neurastheniker erzeugen die reizenden und erschöpfenden Momente den Depressionszustand, bei dem zyklisch Veranlagten dienen sie nur als Auslösung. Ablenkung und Ausspannung mildern danach die Beschwerden des Zyklothymen meist zunächst nicht, sondern der Umgang mit anderen steigert sie oft noch. So erlebt man es nicht selten, daß Zyklothyme nach der Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen sich zunächst weniger wohl fühlen als zu Hause.

Am häufigsten begegnet man der Verwechslung zyklischer Störungen mit hysterischen Zuständen. Die Kranken werden als hysterisch-launenhaft angesehen, namentlich wenn die einzelnen Phasen zyklischer Erregung und Hemmung rasch aufeinander folgen, oder wenn Mischzustände psychischer Hemmung mit heiterer Stimmung bestehen. Abgesehen von dem Nachweis somatischer Stigmata ist nach Kraepelin besonders bedeutungsvoll das Überwiegen einzelner Gefühlsausbrüche gegenüber dem allgemeinen hypomanischen Drang nach Bewegung und Betätigung, das Fehlen von Ideenflucht bei Hysterischen und der Umstand, daß die hysterischen Aufregungszustände meistens nach ganz kurzer Dauer schwinden.

Immerhin muß zugegeben werden, daß die Abgrenzung der Zyklothymie gegen Hysterie in manchen Fällen große Schwierigkeiten bereiten kann, zumal da nicht selten Übergänge zwischen psychogenen und zyklothymen Zuständen vorkommen, was leicht verständlich ist, da Hysterie sowohl wie Zyklothymie Erscheinungsformen des Entartungsirreseins sind.

Bei der Besprechung der Prognose der Zyklothymie können wir uns kurz fassen.

Der einzelne Anfall bietet günstige Aussichten für den Ausgang, die zyklische konstitutionelle Disposition dagegen bleibt bestehen, so

[1]) Friedmann, Über neurasthenische Melancholie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie. Bd. XV.

daß wir danach die Krankheit als solche als unheilbar betrachten müssen. In welchen Intervallen sich die Anfälle wiederholen werden, können wir bei der großen Mannigfaltigkeit des Krankheitsbildes nicht vorher sagen, wohl aber sind wir häufig in der Lage, nach Kenntnis vorausgegangener Anfälle aus den Prodromalerscheinungen annähernd unsere Schlüsse auf den weiteren Verlauf eines neuen Anfalls zu ziehen. Häufig schwächen sich die Anfälle immer mehr ab. Nicht ausgeschlossen ist allerdings, daß die Zyklothymie bei einer weiteren Attacke auch einmal in ausgesprochen manisch-depressive Psychose übergeht, deren Anfälle ja bekanntlich bezüglich des Abklingens der einzelnen Phase ebenfalls im ganzen eine günstige Prognose bieten.

Bezüglich der Verheiratung Zyklothymkranker gilt, daß sie die Nachkommenschaft nicht minder gefährdet als die Ehe solcher, die an den schweren Formen der ausgesprochenen manisch-depressiven Psychose leiden, namentlich dann, wenn beide Teile abnorm sind.

Therapeutisch kommen vor allem einmal die Prophylaxe im Kindesalter in Betracht, besonders bei Kindern, die von zyklothymen Eltern abstammen; sodann die Überwachung der Jugend im Pubertätsalter, bei Mädchen die Regelung des ganzen Verhaltens z. Z. der Menses. Nervös veranlagte Mädchen sollten während des Unwohlseins unbedingt ein bis zwei Tage zu Bette bleiben, um zyklischen Störungen vom menstruellen Typus vorzubeugen. Wenn wir auch leider bei der auf konstitutioneller Basis beruhenden Zyklothymie nicht in der Lage sind, wie bei der erworbenen Neurasthenie durch kausale reizmildernde Behandlung den Krankheitsprozeß direkt zu beeinflussen, so vermögen wir doch durch sachgemäße Überwachung und Behandlung unseren Kranken ganz wesentlich zu nützen. Steht bei einem Menschen die Diagnose der Zyklothymie fest, so muß die ganze Lebensführung, so gut es die äußeren Verhältnisse gestatten, nach ärztlichen Gesichtspunkten geregelt werden. Aufgabe des Hausarztes ist es, in bezug auf die Hygiene der Arbeit und die Hygiene des Vergnügens dem Kranken beratend zur Seite zu stehen.

Ist es zu zyklischen Erregungs- oder Hemmungszuständen gekommen, so wird man am besten den Patienten aus seinen beruflichen und häuslichen Verhältnissen herausnehmen. Besonders wird dies nötig, wenn sich Depressionszustände entwickelt haben. Es ist verkehrt, derartige Patienten „zur Zerstreuung“ auf Reisen zu schicken. Meist empfinden sie dann ihre eigene Unzulänglichkeit noch mehr, fühlen sich tief unglücklich und werden kränker als sie waren. Man überweise vielmehr die Patienten, sofern nicht nach den oben angeführten Gesichtspunkten eine geschlossene Anstalt in Betracht kommt, an offene Sanatorien, gebe ihnen, wenn möglich, eine sympathische Begleitperson mit, verordne dauernde Bettruhe oder wenigstens bis gegen Mittag und abends nach dem Essen, viel Aufenthalt im Freien ohne

größere Anstrengung, kräftige Ernährung, Vermeidung aller psychischen Insulte. Unterstützend können Packungen und protrahierte laue Vollbäder mit etwas kühleren Übergießungen wirken. Dringend zu warnen ist vor aller Polypragmasie und vor dem moral treatment, das sich wohl für Hysterische eignet, bei den gehemmten Zyklothymen aber meist zu völligem Fiasko führt. Schwinden die Hemmungen allmählich, so kommen Ablenkung durch leichte Lektüre und geeignete Beschäftigung, jedoch zunächst ohne eigene Verantwortlichkeit und später erst systematische Erziehung zur Arbeit in Betracht.

Von Medikamenten dürfte bei den hierher gehörigen Fällen Opium nur selten in Frage kommen. Gerne gebe ich in den frühen Morgenstunden Codein, dessen Kombination mit Chinin sich mir in manchen Fällen sehr bewährt hat, und abends Brom; auch vor gelegentlicher Darreichung stärkerer Schlafmittel scheue man nicht zurück. Bei der großen Bedeutung, welche man der Zunahme des Körpergewichts bei diesen Zuständen beilegen muß, erscheint es gewiß gerechtfertigt, daß man eine rationelle, d. h. eine unter Schonung des Magens vorgenommene Überernährung einleitet und diese ev. durch interne oder subkutane Darreichung kleiner Dosen Arsen unterstützt.

Sehr wichtig ist es, daß man dem Patienten viel Zeit widmet und ihm immer wieder Gelegenheit gibt, sich ausführlich dem Arzt gegenüber auszusprechen. Alle diese Patienten bedürfen einer Stütze; sie suchen ihren Halt an dem Arzt, zu dem sie Vertrauen gefaßt haben. In vielen Fällen ist es gewiß richtig, die Kranken über die Natur ihres Zustandes aufzuklären. Beruhigend wirkt es meist schon, wenn der Patient aus den Äußerungen des Arztes entnimmt, daß dieser seinen Zustand und das ganze Krankheitsbild, das ja trotz großer Mannigfaltigkeit doch immerhin eine gewisse Stereotypie der Klagen und des Verlaufs aufweist, genau kennt. Die mit voller Bestimmtheit gegebene Versicherung, daß die Prognose des einzelnen Anfalls durchaus günstig ist, hat schon manchen zyklisch Deprimierten wieder für einige Zeit getröstet und aufgerichtet. Jedenfalls steht der Psychotherapie bei der Behandlung der Zyklothymie ein weites Feld offen.

Auf einen nicht unwichtigen Punkt möchte ich noch kurz hinweisen. Wurde die depressive Phase dadurch ausgelöst, daß sich der Patient vor irgendeine Entscheidung gestellt sah (Verlobung, Verkauf eines Geschäftes usw.), so darf nach meiner Erfahrung diese Entscheidung niemals fallen, solange der Kranke noch nicht genesen ist. Vorzeitige Entschließungen sind sonst stets eine Quelle neuer Grübeleien und neuer Selbstvorwürfe.

Auf die forensische Bedeutung der Zyklothymie hier einzugehen liegt keine Veranlassung vor.

II.

Die Bedeutung der Fürsorgeerziehung für die Behandlung und Versorgung von Schwachsinnigen.

Von **Dr. L. Laquer,** Nervenarzt, Frankfurt a. M.

Während ich mich in den früheren Ausführungen über die Versorgung von Schwachsinnigen vorzugsweise mit der Behandlung von solchen Schwachsinnigen beschäftigt habe, die keine wesentliche und dauernde Neigung zu gesetzwidrigen Handlungen an den Tag legen, muß ich an letzter Stelle noch in kurzen Zügen jener beträchtlichen Zahl von Debilen und Imbezillen gedenken, die früher oder später der Kriminalität verfallen, die antisozial werden. Ihre Erziehung und Versorgung macht naturgemäß die größten Schwierigkeiten. Eine gesetzliche Regelung der dazu notwendigen Maßnahmen erwies sich allmählich als dringlich.

Am 2. Juli 1900 war das preußische Fürsorgeerziehungsgesetz („FEG.") erlassen worden; am 2. April 1901 ist es in Kraft getreten. Man erhoffte von diesem Gesetz in pädagogischer und sozialer Hinsicht eine Erleichterung. Wenige Monate später wurde ich als Schularzt von dem Frankfurter Vormundschaftsgericht wegen einiger Fälle von intellektuell bzw. moralisch schwachsinnigen Schulkindern zu Rate gezogen, für die die Fürsorgeerziehung beantragt worden war. Infolgedessen sah ich mich veranlaßt, in einem Vortrage auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Jena im Jahre 1903 und in einer größeren Arbeit in der „Vierteljahresschrift f. gericht. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen" die Notwendigkeit einer Mitwirkung der Ärzte, vor allem der Nerven- und Irrenärzte, bei der Ausführung des Fürsorgeerziehungsgesetzes vor und nach der richterlichen Beschlußfassung über das Fürsorgeerziehungsverfahren als dringend zu betonen. Ich bedauerte damals die durch die bekannten Entscheidungen des Kammergerichts bewirkte Zurückschiebung vieler Fürsorgekandidaten aus dem Wirkungskreise der „Fürsorgeerziehung" in die Obhut der Armenverwaltungen und Landesbehörden, die wenig Mittel und Wege hätten, die Menge der krankhaften Elemente, der Belasteten, der

Degenerierten und Imbezillen unter den sittlich Gefährdeten so unterzubringen, so lange — ihre Macht reicht nur bis zum 14. Lebensjahre — und so streng zu verwahren und vor allem so zu erziehen, daß der Zweck des Gesetzes: eine Verhütung der zunehmenden Kriminalität, gewerblicher Unzucht, der Vagabondage unter den Jugendlichen erreicht würde. — Infolge dieser Auffassung des Gesetzes durch die höchsten Richter in Preußen würden — so führte ich damals aus — die vortrefflichen humanen Gedanken der Gesetzgeber leider nicht zur Geltung gebracht. Die sozialpolitische Bedeutung der Fürsorgeerziehung, welche anfangs nicht nur von den Irrenärzten und Schulärzten, sondern von der gesamten Bevölkerung mit großer Begeisterung begrüßt wurde, erlitte dadurch eine sehr wesentliche Einschränkung. Ich erfreute mich nach meinem Jenenser Vortrag der wohlwollenden Zustimmung vieler Fachgenossen, besonders von Moeli und Neißer.

Es sind inzwischen amtliche zahlenmäßige Zusammenstellungen über die Durchführung der preußischen Fürsorgeerziehungsgesetze veröffentlicht worden, aus denen hervorgeht, daß die Zahl der der Fürsorgeerziehung Überwiesenen im ersten Jahre der Geltung des neuen Gesetzes 7787 betrug; das zweite Jahr (1. April 1902—1903) brachte allerdings einen Rückgang auf 6196, d. h. um 20%. — Im ersten Jahre war aber, so sagt der Bericht selbst, unter den vorhandenen gefährdeten und verwahrlosten Jugendlichen gewissermaßen — aufgeräumt worden; auch die Eltern, denen vielfach mit der Fürsorgeerziehung ihrer Kinder gedroht wurde, bemühten sich mit mehr Erfolg um sie. Endlich aber hatte die Rechtsprechung des Kammergerichts, das bekanntlich in der Anwendung der Fürsorgeerziehung nur eine subsidiäre Maßregel sieht, hemmend sowohl auf die Stellung der Anträge als auf Anordnung der Fürsorgeerziehung durch die Vormundschaftsgerichte eingewirkt. Diesem Grunde würde, so heißt es in dem genannten Bericht, eine so große Bedeutung beigemessen, daß eine Änderung des Gesetzes für notwendig gehalten wird, wenn nicht seine volle Wirkung in Frage gestellt sein soll.

Die Fürsorgeerziehung ist gewissermaßen eine Staatserziehung. Zu dem „Schulzwang" ist unter gewissen Umständen in Preußen und in etwas veränderter Form auch im übrigen Deutschland der „Erziehungszwang" getreten. Die Fürsorgeerziehung betrifft Minderjährige ohne untere Altersgrenze bis zum 18. Lebensjahre und kann bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden. Zwei Drittel der Kosten dieser Erziehung trägt der Staat, ein Drittel die Selbstverwaltung.

Nicht bloß 1. bei schuldhaftem Verhalten der Eltern nach § 1666 und § 1838 des BGB. kann die Fürsorgeerziehung eintreten; sie ist in Preußen noch unter zwei weiteren Voraussetzungen möglich: nämlich

2. wenn der Minderjährige vor Ablauf des zwölften Lebensjahres, also in noch nicht strafmündigem Alter, eine Straftat begangen hat und zur Verhütung weiterer sittlicher Verwahrlosung die Fürsorgeerziehung in Anbetracht der Schwere der Strafhandlung und wegen seiner äußeren Lebensverhältnisse erforderlich erscheint — und endlich 3. wenn die Fürsorgeerziehung außer diesen Fällen wegen Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern oder sonstigen Erzieher oder der Schule zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens notwendig ist.

Die letztgenannte Bestimmung ist eine wichtige und weitgehende Neuerung gegenüber den alten gesetzlichen Maßnahmen der Zwangserziehung, die nur Minderjährige zwischen dem sechsten und zwölften Jahre traf, soweit sie eine Straftat begangen hatten, für die sie wegen ihres jugendlichen Alters nicht bestraft werden konnten. Weil aber die vorher erwähnte Voraussetzung zur Fürsorgeerziehung erst eintreten soll, falls die üblichen Erziehungsfaktoren sich als unzulänglich erwiesen und das sittliche Verderben des Minderjährigen nicht aufzuhalten vermochten, — erweckt sie auch ein psychiatrisches Interesse: es werden zweifellos viele krankhaft veranlagte Individuen — vor allem Debile und Imbezille — dieser Wohltat des neuen Gesetzes teilhaftig werden. Denn schon unter dem alten Regime fand Mönkemöller, daß von den noch nicht 25 Jahre alten Insassen der Zwangserziehungsanstalt zu Lichtenberg bei Berlin nahezu die Hälfte an angeborenen psychischen Defektzuständen — fast ein Drittel an angeborenem Schwachsinn litt: von den 200 untersuchten Knaben nicht weniger als 68. — Nur 83 Zöglinge konnte M. als normal bezeichnen.

Ferner untersuchte Bonhöffer 190 Prostituierte des Breslauer Strafgefängnisses: von diesen waren 6 Idioten und 53 schwachsinnig.

Es ist also für den Psychiater — auch nach den erweiterten legislatorischen Voraussetzungen — gar kein Zweifel, daß unter den Fürsorgeerziehungskandidaten die Debilen und Imbezillen in ganz beträchtlicher Zahl vertreten sind. Nach den amtlichen Zählungen kommen zu den oben genannten Zahlen noch 6523 (1903) und 6458 (1904), so daß im ganzen 27000 Jugendliche den verderblichen Einflüssen entrückt sind. Zwei Drittel davon sind männlichen, ein Drittel weiblichen Geschlechts.

Und in der Tat handelte es sich in jenen Fällen, wo ich in Frankfurt a. M. in die Lage kam, mich gutachtlich vor Gericht über die Frage der Notwendigkeit der Fürsorgeerziehung zu äußern, um schwachsinnige Schulkinder bzw. Hilfsschulzöglinge, die aus äußeren oder aus inneren Gründen sittlich zu verfallen drohten und darum unter Berufung auf pädagogische und ärztliche Begutachtung von den Gemeinde- bzw. Schulbehörden zur Fürsorgeerziehung vorgeschlagen worden

waren. Der Vormundschaftsrichter konnte dabei den Arzt, dessen schulärztliche Meinung bereits in den Akten stand, kaum umgehen, was sonst gewöhnlich der Fall zu sein scheint. Da hat sich aber gleich zu Anfang manche forensische Schwierigkeit ergeben. Den ersten prägnanten Fall habe ich selbst in den genannten Publikationen beschrieben, soweit er noch der Rechtsprechung der *ersten* Instanz, des Vormundschaftsgerichts, oblag. Ich gebe hier den weiteren Verlauf dieses Fürsorgeerziehungsprozesses wieder, weil er bis in die höchste Instanz durchgeführt und zu einem im psychiatrischen Sinne erfolgreichen Ende gebracht worden ist.

Es handelte sich u. a. um einen damals 13 Jahre alten Schulknaben von mäßiger Begabung, der erblich besonders kriminell schwer belastet war; denn beide Eltern, die sich jetzt eines guten Leumunds und guter bürgerlicher Stellung erfreuen, waren wegen Eigentumsvergehens in ihrer Jugend vorbestraft. — Er war behaftet mit einer moralischen Schwäche hohen Grades, die sich, wie noch weiter zu zeigen sein wird, schon in sehr früher Kindheit entwickelt hatte.

Da lautete die Frage des Vormundschaftsrichters: „Liegt bei dem Betreffenden eine *mangelhafte Charakteranlage* oder eine *Geisteskrankheit* vor, welche die vorliegende *Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung* von Schule und Haus erklärt und völliges sittliches Verderben befürchten läßt?“ Bejahen wir, so belehrte mich der Richter, die Frage der Geisteskrankheit, so muß das Gesetz vom 11. Juli 1891 zur Anwendung kommen, nach welchem bekanntlich die Armenverbände verpflichtet sind, für Verwahrung, Kur und Pflege der *hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten* usw. in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Ich entschied mich aus praktischen bzw. prophylaktischen, weniger aus klinischen Gründen dafür, die Geisteskrankheit hier zu verneinen und eine „*schlechte Charakteranlage*“ als vorliegend zu erachten; ich hoffte damit die meines Erachtens notwendige rasche Verbringung des Knaben in Fürsorgeerziehung bei dem Richter durchzusetzen. Die „Zurechtknetung“ eines solchen *forensischen Grenzfalles* hat mir leider nichts genützt. Der Richter glaubte nicht recht an die Dringlichkeit des Falles, verschob seine Entscheidung und überließ den Eltern die Unterbringung des Knaben bei einem Lehrer auf dem Lande. Von dort entwich er sehr bald, bedrohte, zu Hause angelangt, die Mutter mit einem Messer in tobsuchtartigem Affekt und kam in die Frankfurter Irrenanstalt, welche ihn nunmehr als schwachsinnig und gemeingefährlich dauernd verwahrt. Die hier aufgeworfene Streitfrage, ob ein Fürsorgekandidat als charakterschwach oder als geisteskrank bzw. geistesschwach anzusehen sei, würde um dessentwillen, so fürchtete ich damals in Rücksicht auf die genannte kammergerichtliche Entscheidung, sehr bald eine außerordentliche Bedeutung er-

langen, denn es war bereits in einem anderen Falle tatsächlich vorher entschieden worden: Geistesschwäche eines Minderjährigen begründe nicht die Gefahr völligen sittlichen Verderbens im Sinne des § 1 Abs. 3, — diese kann durch den geistigen Mangel geradezu für ausgeschlossen erachtet werden, — wohl aber die Annahme einer Verwahrlosung im Sinne des Abs. 1, und es ist der Pfleger anzuweisen, daß er sich mit dem Landarmenverband wegen Verbringung in eine Idiotenanstalt nach dem Gesetz von 1891 ins Benehmen setze.

Aber in dem erwähnten typischen Falle von angeborenem moralischen Schwachsinn kam es nachher anders. Als die Gewaltakte vorlagen, die die Gemeingefährlichkeit des defekten Knaben bewiesen, wurde nunmehr endlich vom Vormundschaftsrichter — es war auch inzwischen ein Wechsel in der Person eingetreten — die Fürsorgeerziehung ausgesprochen. Jetzt widersetzten sich die Eltern, die anfangs eine anderweitige Unterbringung des Knaben gutgeheißen hatten. Sie hatten aber in zwei weiteren Instanzen keinen Erfolg. Auch das Königliche Kammergericht hielt die Meinung des Vorderrichters aufrecht aus folgenden Gründen, die von allgemeiner ärztlicher Bedeutung sind. Es heißt in dem Kammgerichtsurteil:

Das Amtsgericht Fr. hat den fünfzehnjährigen Sohn des N. N. auf Grund des § 1 Nr. 2 FEG. der Fürsorgeerziehung überwiesen.

Die von dem Vater eingelegte sofortige Beschwerde ist zurückgewiesen worden. Das Landgericht erklärt auch die Voraussetzungen der Nr. 3 a. a. O. für vorhanden.

Hiergegen richtet sich die sofortige weitere Beschwerde des Vaters des Minderjährigen, der der Erfolg zu versagen war, da die Feststellung der Voraussetzungen des § 1 Nr. 3 FEG. ohne erkennbare Gesetzesverletzung getroffen ist. Das Beschwerdegericht erachtet in Übereinstimmung mit dem Vormundschaftsgerichte für erwiesen, daß sich der Minderjährige, seitdem er im Juli 1898 schwer an Scharlach und Diphtheritis und im Januar 1899 an einem hartnäckigen Darmkatarrh erkrankt war, in seinem Charakter erheblich verschlechtert hat und daß diese Entwicklung trotz Ermahnungen und Züchtigungen seitens seines Vaters immer weiter fortgeschritten ist. Der Knabe versäumte den Schulunterricht, verließ die Schule, wenn er ihr zugeführt wurde, trieb sich bis in die Nacht hinein auf den Straßen herum, unternahm Reisen nach auswärts, machte seine Schularbeiten nicht, log, verschenkte notwendige Kleidungsstücke, suchte schlechte Gesellschaft auf und verübte allerhand Missetaten. Vom Fenster aus begoß er die Vorübergehenden mit Wasser. In einer Kirche warf er Fensterscheiben ein. In den öffentlichen Anlagen riß er Pflanzen aus und tauschte sie gegen Zuckerzeug ein. Ferner bettelte er unter frechen Vorwänden. Mit einem anderen Knaben zusammen versuchte er wiederholt, Waarenautomaten mit einem falschen Schlüssel zu öffnen oder zu erbrechen, um sie zu berauben. Bei einem Bekannten seiner Eltern lieh er sich zehn Mark unter der unwahren Angabe, daß seine Mutter das Geld brauche; er kaufte sich dafür zwei Pistolen und Munition. Infolge dieses vom Minderjährigen eingestandenen, von seinen Angehörigen und Lehrern bestätigten Verhaltens brachte ihn sein Vater im August 1902 auswärts bei einem Lehrer und am 1. Dezember 1902 in der unter Leitung des Dr. Sioli stehenden städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. unter, wo er sich noch befindet. Dr. Sioli berichtet, daß er sich nicht

geändert hat und auch in der Anstalt fortwährend zu unsozialen, die allgemeine Ordnung beeinträchtigenden Streichen neigt.

Der Beschwerdeführer zieht die Richtigkeit dieser dem Akteninhalt entsprechenden tatsächlichen Feststellungen nicht mehr in Zweifel, ist aber der Ansicht, daß der Minderjährige für seine Handlungen nicht verantwortlich gemacht werden könne, weil er sich bei ihrer Begehung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe und daß er sich jedenfalls gegenwärtig in einem solchen Zustande befinde. Dieses Vorbringen ist erheblich, weil, wenn es zutreffend ist, von einem sittlichen Verdorbensein, wie es § 1 Nr. 3 (und Nr. 2) FEG. voraussetzt, nicht die Rede sein kann. Es wird aber noch nicht dadurch bewiesen, daß der Knabe zurzeit in einer Irrenanstalt untergebracht ist und daß ihn der Leiter der Anstalt, Dr. Sioli, wegen seiner Gemeingefährlichkeit nicht ohne polizeiliche Genehmigung entlassen will. Es wird vielmehr durch die gutachtlichen Äußerungen des Dr. Sioli vom 11. Januar 1904 und der praktischen Ärzte Dr. Laquer und Dr. Cuno vom 29. Januar und 10. Mai 1902 widerlegt. Nach diesen Gutachten zeigt der Minderjährige allerdings gewisse moralische (ethische) Defekte, psychopathische Minderwertigkeit, einen gewissen Grad von Schwachsinn, doch fehlen alle Anzeichen dafür, daß er sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe oder befinde. Er ist erziehungsfähig und kann durch geeignete Erziehung bis zu einem gewissen Grade von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit gelangen. Es bedarf aber dazu besonderer erziehlicher Maßregeln, nämlich der Anstaltserziehung. Ohne solche ist zu erwarten, daß der Minderjährige dem sittlichen Verderben anheimfällt und sich dem Verbrechertum zugesellt. In Übereinstimmung hiermit hat ein Lehrer des Minderjährigen K. erklärt, daß er die Neigung des Knaben zu unsittlichen und verbrecherischen Handlungen nicht auf Geisteskrankheit oder Geistesschwäche zurückführe und glaube, daß der Minderjährige durch geeignete, strenge Erziehung gebessert werden könne. Es verstößt gegen kein Gesetz, wenn der Vorderrichter diesem Gutachten folgt und demgemäß feststellt, daß der Minderjährige sittlich verwahrlost ist und daß besondere erziehliche Maßregeln zur Verhütung seines völligen sittlichen Verderbens notwendig sind. Das Vorhandensein eines moralischen Defekts schließt eine solche Feststellung keineswegs aus.

Ebensowenig ist die Feststellung rechtlich zu beanstanden, daß die erziehliche Einwirkung der Eltern und sonstigen Erzieher und der Schule unzulänglich ist und daß es behufs Durchführung der erforderlichen Erziehungsmaßregeln der Anordnung der Fürsorgeerziehung bedarf. Der Vater des Minderjährigen hat diesen zwar, solange er sich im elterlichen Haushalte befand, streng erzogen, doch ist er tagsüber außerhalb des Hauses beschäftigt und daher, wenn auch ohne sein Verschulden, außerstande, seinen Sohn, wie notwendig, dauernd zu überwachen. Die Mutter des Knaben war diesem gegenüber schon früher zu schwach und nachgiebig und kommt daher, je älter der Knabe wird, um so weniger als geeignete Erzieherin in Betracht. Beide Eltern haben zugegeben, daß sie keine Gewalt über den Minderjährigen haben und haben die Unzulänglichkeit ihrer erziehlichen Einwirkung auch dadurch anerkannt, daß sie den Knaben zuerst auswärts bei einem Lehrer und dann in der Irrenanstalt untergebracht haben. Aus dieser Anstalt will der Vater den Minderjährigen entfernen, um ihn in die Lehre zu geben. Nach den angeführten Gutachten bedarf jedoch der Knabe noch der Anstaltserziehung, wenn er nicht sittlich vollständig zugrunde gehen soll. Die Unterbringung in einem Lehrlingsverhältnis ist nicht geeignet, die Anstaltserziehung zu ersetzen. Diese kann dagegen durch Anordnung der Fürsorgeerziehung herbeigeführt werden

(FEG. § 2), während nicht erhellt, wie sie sich auf anderem Wege erzielen ließe. Demgemäß ist die Schlußfeststellung des angefochtenen Beschlusses, daß die Fürsorgeerziehung wegen Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern und sonstigen Erzieher und der Schule, die sich längst für machtlos erklärt hat, zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens des Minderjährigen notwendig ist, nicht rechtsirrig.

Da sonach die Anordnung der Unterbringung des Minderjährigen zur Fürsorgeerziehung gemäß § 3 FEG. gerechtfertigt ist, wird die weitere Beschwerde zurückgewiesen.

Es wird demnach in besonders schweren Fällen von Schwachsinn mit moralischem Defekt genügen, daß man die hochgradigen sittlichen Mängel mit ausreichenden ärztlichen Beweisen belegt, besonders auf ihre früh eingetretene Entwicklung während der Kinder- oder Schulzeit aufmerksam macht, um die Fürsorgeerziehung bei den Gerichten durchzusetzen. Wenn man es vor seinem ärztlichen Gewissen und vor seiner wissenschaftlichen Überzeugung verantworten kann, das Bestehen einer Geistesstörung (Hebephrenie usw.), einer Idiotie, Epilepsie auszuschließen, wird man, wie der vorliegende Fall zeigt, die Klippe des für die Erziehung und Versorgung von Imbezillen unbrauchbaren Armenfürsorgegesetzes von 1891 leicht umgehen können. Hier müßte auch der Gutachter mit aller Macht bestrebt sein, die Gefahr des kriminellen Verfalles zu verhindern, da die Eltern gewöhnlich in törichter Verblendung gerade in den kritischen Jahren der Pubertät bei ihren krankhaft veranlagten Kindern die einzig noch wirksame Anstaltsbehandlung hintertreiben.

Andererseits steht bei diesen Streitigkeiten um die Fürsorgeerziehung vielfach im Vordergrund die Frage der Erziehungskosten, die in den Fürsorgeerziehungsfällen zu zwei Drittel vom Staat, zu einem Drittel von dem Kommunalverband — in den Armenfürsorgefällen dagegen von den zumeist weniger leistungsfähigen Ortsarmenverbänden getragen werden müssen.

Ein solcher Fall lag vor bei einem andern Knaben, der außerordentlich früh moralische Defekte schwersten Grades darbot, aber aus weniger bemittelten Ständen stammte, als der vorhergehende.

„In Sachen der Fürsorgeerziehung des am 26. Oktober 1892 geborenen Schülers Heinrich B.

Fürsorgeerziehungsgesetz vom 2. Juli 1900 § 1 Abs. 3. Angeborener Schwachsinn (Imbezillität) ist im Sinne des BGB. keine eigentliche Geisteskrankheit, sondern Geistesschwäche, welche, insofern sie auf intellektuellem und ethischem Gebiet beruht, wegen Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern, Erzieher oder Schule zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens die Fürsorgeerziehung notwendig machen kann.

Die vierte Zivilkammer des Landgerichts Frankfurt a. M. hat auf sofortige Beschwerde des Magistrats (Waisen- und Armenamt) dahier gegen den Beschluß des Amtsgerichts, Abteilung II zu Frankfurt a. M. vom 20. Oktober 1903 in der Sitzung vom 8. Dezember 1903 den angefochtenen Beschluß aufgehoben und den am 26. Oktober 1892 geborenen Schüler Heinrich B. der Fürsorgeerziehung überwiesen.

Gründe.

Der Vorderrichter hat zwar für erwiesen erachtet, daß der Junge die Schule häufig schwänzt, daß er sie selbst, wenn er zur Schule gebracht wird, wieder verläßt, daß er die Schulbücher verkauft hat, daß er mehrfach gestohlen und betrogen bzw. zu betrügen versucht hat und daß er onaniert; und er hat auch offensichtlich nicht verkannt, daß weder die Eltern noch die Schule in der Lage sind, irgendwie auf den vollkommen verstockten Jungen einzuwirken, er hat aber von der Anordnung der Fürsorgeerziehung trotzdem Abstand genommen, weil er auf Grund des Gutachtens des Dr. R. den Jungen für krank und somit ärztlicher Behandlung, nicht aber für verwahrlost und demgemäß erziehungsbedürftig erachtet.

Nachdem aber das seitens des Dr. med. Laquer erstattete, mit dem Gutachten des Dr. W. im Ergebnis übereinstimmende ausführliche Obergutachten den Minderjährigen nicht für krank und behandlungsbedürftig, sondern für sittlich verwahrlost und erziehungsbedürftig erklärt und das Gericht sich diesem Gutachten angeschlossen hat, so war, da bei der sittlichen Verwahrlosung des Knaben und der Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern und der Schule nur die Fürsorgeerziehung imstande ist, den Jungen vor völligem sittlichen Verderben zu behüten, die Voraussetzung des § 1 Ziff. 2 und 3 FEG. für vorliegend zu erachten und demgemäß unter Aufhebung des angefochtenen Beschlusses wie geschehen, zu erkennen." — Das erwähnte von mir stammende Obergutachten, das auf Veranlassung des Landgerichts in der „Frankfurter juristischen Rundschau" abgedruckt wurde, über die Frage: ob das Verhalten des H. B. (Schulschwänzen, Entwendungen usw.) eine Folge geistiger Erkrankung ist und der Junge entsprechender „ärztlicher Behandlung" bedarf (Dr. R.), bzw. ob das Verhalten **nicht** durch Krankheit herbeigeführt und daher „Erziehung" geboten ist (Dr. W.), lautete:

Am 11. bzw. 15. August 1903 zeigte die Auslaufersehefrau Dorothea B. der Polizei an, daß ihr am 26. Oktober 1892 zu Frankfurt a. M. geborener, also im zwölften Lebensjahre stehender Stiefsohn Heinrich B. am 10. August 1903 sich aus der elterlichen Wohnung ohne Erlaubnis entfernt habe und sich in Mainz bei seiner Tante aufhalte, sie bitte um Zuführung desselben; auch habe derselbe einer in der Haidestraße wohnenden Witwe Sp. am gleichen Tage eine Geldbörse mit 13 Mark gestohlen.

Am 20. August von der Polizei eingeliefert, gab B. den Diebstahl und den Verbrauch des Geldes zu.

Am 19. September 1903 stellte der Polizeipräsident von Frankfurt a. M. für den genannten H. B., Schüler der Brentanoschule, Sohn des Auslaufers Jakob B., den Antrag auf Fürsorgeerziehung mit folgender Begründung: Er besuche seit den Ferien keine Schule, er entferne sich heimlich, auch wenn er polizeilich ihr zugeführt würde, verkaufe die Schulbücher, vernasche den Erlös; er habe bei der genannten Frau Sp. im Namen seiner Mutter ohne deren Auftrag Geld borgen wollen und, da ihm nichts gegeben wurde, ein Portemonnaie mit fünf Mark entwendet; bei einer Frau Axmann habe er ohne Auftrag fünf Mark entliehen und für sich verbraucht.

Der Rektor der Brentanoschule schloß sich aus gleichen Gründen dem Antrag vom 7. August 1903 an, ebenso der Pfarrer K., der die Erziehungsanstalt

Marienhausen empfahl. Die vom Amtsgericht vernommenen Zeugen Spengler und Axmann bestätigten die genannten Diebstähle. Der Lehrer bekundete den Hang zum Schwänzen, den Verkauf der Schulbücher usw. Stelle man den Knaben zur Rede, so mache er ein stupides Gesicht, gebe entweder gar keine Antwort, oder erwidere nur in abgerissenen Sätzen — er sei fortgewesen usw.

Die Eltern gäben sich um ihn Mühe, hätten aber keinen Einfluß auf den Knaben, da er ihnen wegläuft und stunden-, ja tage- und nächtelang sich herumtreibt. — Seine Schulleistungen wären sehr zurückgegangen. Die Eheleute B. bitten, ihn in Fürsorgeerziehung unterzubringen, da sie mit ihm, besonders seit den Sommerferien, nichts ausrichten könnten; auch onaniere er und sei von den Ärzten der Poliklinik für Nervenkrankheit, Bleichstraße 43, für körperlich und geistig nicht normal erklärt worden. — Darauf seien auch seine Diebstähle zurückzuführen.

Auf Ersuchen des Amtsgerichts erklärte Dr. R.: H. B. sei ohne Frage geistig abnorm und befinde sich zurzeit in einem Zustande einer krankhaften Aufregung. Solange diese bestehe, sei er als geistig krank zu betrachten, damit aber das Objekt einer ärztlichen Behandlung und nicht einer Anstaltserziehung.

Auf dieses Gutachten zog der Polizeipräsident am 30. September 1903 seinen Antrag auf Fürsorgeerziehung zurück, da das Amtsgericht annahm, daß H. B. als geistig krank zu betrachten sei.

Nach einer gutachtlichen Äußerung vom 8. Oktober 1903 von Dr. W. erschien aber die Unterbringung in einer Anstalt für verwahrloste Knaben angezeigt, da eine besondere Lust zum Vagabondieren bestehe und Aufnahme in einer Irrenanstalt nicht gerechtfertigt sei. — Das Waisen- und Armenamt stellte darauf von neuem Antrag auf Fürsorgeerziehung, da die erstgenannte Anstaltsbehandlung nicht Sache der Armenpflege sei.

Das Amtsgericht stellte sich auf den Standpunkt, daß hier nicht Erziehung zur Verhütung von Verwahrlosung, sondern Behandlung in einer Anstalt wegen geistiger Erkrankung notwendig sei und darum dem Sinne und Wortlaut des Gesetzes nach auf Fürsorgeerziehung nicht erkannt werden könne. — Es wies darum den Antrag am 20. Oktober 1903 zurück.

Gegen diesen Beschluß erhob das Waisen- und Armenamt Beschwerde, indem es betonte, daß der Sinn des Dr. W.'schen Gutachtens anders ausgelegt werden müßte: Die Anstaltsbehandlung sollte eben keine ärztliche, bzw. psychiatrische, sondern eine erzieherisch-pädagogische sein. Die Irrenanstaltsbehandlung sei von Dr. W. geradezu für unzweckmäßig erklärt worden. Da das dem Gutachten Dr. R.s aber widerspreche, so wurde um Einholung eines Obergutachtens gebeten.

Aus beiden angeführten ärztlichen Gutachten war übrigens nicht ersichtlich, ob die betreffenden Ärzte den Knaben H. B. selber untersucht hatten.

Meine Erkundigungen bei Dr. S., dem Schularzt der Brentanoschule, und eine Einsicht in den dort von ihm über H. B. seit seiner Aufnahme geführten sog. „Gesundheitsschein“ ergaben, daß er beim Sprechen anstoße, schon seit längerer Zeit schlecht aussähe und masturbierte. — Er sei geistig schwach, fehle seit Ostern 1903 beständig in der Schule, treibe sich auf der Straße herum, brenne, durch die Polizei zur Schule gebracht, wieder durch, in seinen Leistungen sei er in letzter Zeit sehr zurückgegangen, sei stupide, starre vor sich hin, gebe auf Fragen kaum Antwort, hätte aber noch niemals verworrenes Zeug gesprochen; die Onanie scheine seit eineinhalb Jahren zu bestehen; der Zustand sei als „kindlicher Schwachsinn“ zu bezeichnen. Von dritter Seite wurde väterlicherseits erbliche Belastung mitgeteilt.

Er wurde in den letzten Wochen wegen Umzugs der Eltern nach der Königsstraße 22 in Bockenheim der Varrentrappschule überwiesen, aber, wie aus einem vom 30. November a. c. datierten Schreiben des Rektors an mich hervor-

geht, durch den Stadtarzt Geh. Rat Dr. Sp. wegen Geistesschwäche und moralischer Verkommenheit bis Ostern vom Schulbesuch dispensiert. — Er sei, so erwähnt der Rektor weiter, nunmehr ganz und gar der geistigen und sittlichen Verwahrlosung preisgegeben.

Am 27. November 1903 ist mir der B. von seiner Stiefmutter auf mein Ersuchen zur Untersuchung zugeführt worden. Der Vater sei ein gesunder Mann, dem Trunke nicht ergeben, die Mutter sei an Lungenschwindsucht gestorben. Zwei rechte Geschwister von ihm aus erster Ehe seien Krämpfen und Skrofulose in jungen Jahren erlegen. Ein Sohn von vier Jahren aus zweiter Ehe, der mit kam ist körperlich völlig gesund und geistig normal, wovon ich mich durch Augenschein überzeugen konnte. Die Mutter selbst machte auf mich den Eindruck einer sauberen, zuverlässigen und wahrheitsliebenden Frau. Die beiden Knaben waren gut gekleidet.

Als der Knabe Heinrich B. sechs Jahre alt war, kam sie als die zweite Ehefrau ins Haus des Vaters, der Auslaufer in einer hiesigen Buchhandlung ist. — Vom ersten Tage an war die Erziehung des Knaben eine schwierige, da er zum Lügen, Betrügen und Stehlen von jeher geneigt war und eine geschlechtliche Frühreife zeigte, die erschreckend schien. So soll er schon im siebenten Lebensjahre, als ihn die Mutter zärtlich in ihr Bett nahm, einen sittlichen Angriff auf sie gemacht, mit steifem Gliede sich auf sie gelegt und am Halse gepackt haben. Auch sei er heimlich früh aufgestanden und habe durchs Schlüsselloch geguckt, als ihre Entbindung vonstatten ging. Er war Bettnässer bis zum sechsten Lebensjahre und hat immer schlecht gelernt, stets Hang zum Nichtstun und Schwänzen gezeigt, solange er die Schule besuchte. Dabei habe er sich körperlich gut entwickelt und niemals erhebliche Krankheiten durchgemacht. Ganz besonders schlimm ist es mit seinem moralischen Verhalten in diesem Jahre geworden. Im laufenden Jahre habe er den Eltern eines Samstags die Kommode erbrochen und daraus den ganzen Wochenverdienst des Vaters von 20 Mark entnommen. Er sei damit nach Mainz gereist und hätte sie dort bis auf acht Mark, die ihm von der Tante schließlich abgenommen wurden, mit andern Kindern vergeudet. — Andererseits stahl er in ganz zweckloser Weise, z. B. nachdem er gefrühstückt und sich satt gegessen hatte, der Nachbarin zwei Brötchen, versteckte sie hinter der Kellertreppe, leugnete den Diebstahl, trotzdem er bemerkt wurde, dann auf das allerentschiedenste. Der Onanie war er schon jahrelang ergeben, seit einigen Monaten sei weniger davon zu bemerken. Er benahm sich zumeist widerspenstig und sehr ungehorsam, er erklärte oft, er brauche den Worten der Mutter, da sie nur seine Stiefmutter sei, nicht zu folgen. Alle Versuche, ihn zu regelmäßigem Schulbesuche anzuhalten, schlugen fehl. Immer wußte er wieder neue Schliche zu erfinden, aus denen er entwich und sich dem Schulzwang entzog.

Er zeigt sehr mäßige Schulkenntnisse, rechnet schlecht und schreibt sehr unorthographisch, doch scheint ein hochgradiger Intelligenzdefekt nicht vorzuliegen und der erhebliche Mangel an Schulkenntnissen nur die Folge seiner Faulheit und seiner zahlreichen Schulversäumnisse zu sein. Von körperlichen Abweichungen sind unverhältnismäßig kleine verbildete Ohren und ein etwas flacher Schädel bemerkenswert, der einen Umfang von etwa 52 cm zeigt. Pupillen- und Sprachstörungen sowie Lähmungserscheinungen liegen nicht vor; die Reflexe sind lebhaft.

Der p. B. gibt wenig Auskunft über die Verfehlungen, die er begangen hat, er zeigt sich bei Vorhalten verstockt; vielleicht liegt im Gesichtsausdruck eine gewisse Leere und Stupidität, trotzdem hier und da ein lauernder Blick auffällig ist, er gesteht die Diebstähle ein, als Grund dafür gibt er an, er habe sich etwas kaufen wollen.

Nach diesen meinen eigenen Erhebungen und Feststellungen sowie nach dem vorher schon skizzierten Ergebnis der Akten liegt bei dem Schüler Heinrich B.

ein angeborener Schwachsinn (Imbezillität) vor, dessen wesentlichstes Merkmal weniger die in gewissem Grade vorhandenen intellektuellen, als die groben, von Kindesbeinen an bestehenden, sittlichen Mängel darstellen. Es bestehen diese in Neigung zu Lug und Trug, zum Diebstahl, zur Vagabondage, zum unsittlichen und leichtsinnigen Lebenswandel; unverbesserlicher Ungehorsam gegen Eltern und Lehrer, völlige Nichtachtung der Gesetze und der polizeilichen Maßnahmen bei völliger Unzulänglichkeit aller auf das Gemüt und den Willen wirkenden Einflüsse.

Ob diese Form von Geistesschwäche in wissenschaftlichem Sinne als eine „geistige Erkrankung" aufzufassen und die moralischen Verfehlungen als Folgen einer „Krankheit" anzusehen sind, ist eine alte ärztliche Streitfrage, welche leider noch immer der Lösung harrt.

Da es sich aber im vorliegenden Falle nicht um eine wissenschaftliche Deutung, sondern um eine praktische Anwendung des Begriffes „Geistesschwäche" für das gesetzliche Fürsorgeerziehungsverfahren handelt, welches gerade für Erziehung und Besserung („Behandlung") solcher antisozialen jugendlichen Elemente mit moralischen Mängeln bestimmt ist, sei es, daß sie angeboren, anerzogen oder erworben sind, so muß sich der Gutachter auf den Boden des Bürgerlichen Gesetzbuches stellen, welches „Geistesschwäche" von „Geisteskrankheit" an verschiedenen Stellen streng unterscheidet.

Es liegt hier in diesem Sinne meines Erachtens keine eigentliche Geisteskrankheit, keinesfalls ein Zustand krankhafter Aufregung vor, der ein Objekt ärztlicher Behandlung darstellt.

Es ist diese Annahme, als ob B. eine etwa zeitlich begrenzte, bzw. vorübergehende, krankhafte Veränderung des Geistes zeige, die durch ärztliche Maßnahmen in ärztlich geleiteten Anstalten gebessert oder geheilt werden könnte, angesichts der seit dem sechsten Lebensjahre und noch länger bestehenden schweren moralischen Defekte und des gegenwärtigen Mangels aller Symptome von motorischer und maniakalischer Erregung usw., von der Hand zu weisen.

Es besteht vielmehr bei ihm eine geistige Schwäche, auf intellektuellem und ethischem Gebiet, welche der Voraussetzung des § 1 Abs. 3 des Fürsorgeerziehungsgesetzes: Unzulänglichkeit der erzieherischen Einwirkung der Eltern oder sonstigen Erzieher oder der Schule zur Verhütung der völligen sittlichen Verderbnis des Minderjährigen entspricht.

H. B. wird meines Erachtens voraussichtlich zum Verbrecher werden, wenn er nicht auf Grund des Fürsorgeerziehungsgesetzes sofort in eine Anstalt gebracht wird. Die Schule hat ihn bereits als unüberwachbar und unbrauchbar zurückgewiesen, die Eltern, der Pfarrer und die Polizei vermögen ihn nicht zu beeinflussen. Es ist hier nicht ärztliche Behandlung, sondern — darin stimme ich mit Dr. W. überein — strenge Erziehung geboten. Die meisten Irrenanstalten entbehren zudem aller Vorrichtungen und Maßnahmen, um solche verkommene Knaben, die zur Flucht neigen wie B., für die Dauer festzuhalten und ihnen die notwendige systematische und regelmäßige Erziehung angedeihen zu lassen.

Eine Unterbringung in Armenpflege ohne gesetzlichen Zwang wird ohne jeden Erfolg auf die vorliegende sittliche Unfähigkeit sein. Entweichungen und fehlerhaftes Verhalten der Eltern werden, wie in allen solchen Fällen, jede Besserung hemmen.

Ich fasse mein Gutachten dahin zusammen: Heinrich B. leidet von Kindheit auf an gewisser geistiger Schwäche mit schweren sittlichen Defekten und Neigung zu verbrecherischen Handlungen. Sein Verhalten ist nicht die Folge einer geistigen Erkrankung, die ärztlicher Behandlung bedarf.

Vielmehr ist dem Heinrich B. nach ärztlicher Erfahrung eine besonders strenge (Zwangs-)Erziehung in einer Anstalt für verwahrloste Knaben auf Grund des Fürsorgeerziehungsgesetzes geboten, um das drohende sittliche Verderben zu verhüten."

Da sittlich verkommene, rechtsbrecherisch angelegte, aber nicht gerade gemeingefährliche Geisteskranke, die nicht unter Fürsorgeerziehung stehen, von den Eltern jederzeit, ob diese bemittelt oder unbemittelt sind, aus den der Armenfürsorge unterstehenden Kranken-, Irren- und Idiotenanstalten für ihre Familie zurückgefordert werden können, so wird das nicht selten auch zum Schaden der Minderwertigen und gegen das öffentliche Interesse geschehen. Das Interesse der Eltern an der Zurückgewinnung der Kinder aus der Obhut öffentlicher Gewalten ist zumeist bedingt durch den Wunsch, daß diese zu dem Unterhalt der Familie beitragen möchten. Edlere Motive kommen selten zum Vorschein. Darum sind die richterlichen Entscheidungen in jenen Grenzfällen auch psychiatrisch wichtig.

Ich habe schon angedeutet, daß die charakterisierte Art schwachsinniger Fürsorgeerziehungskandidaten sich als schwer beeinflußbar erweist, während die der gutartigen Imbezillen auch nach Entlassung aus Volks- und Hilfsschulen noch anpassungs- und erziehungsfähig erscheinen. Sioli sagt darüber in seinem Vortrag über „Großstädtische Irrenfürsorge":

„Der Idee nach ist ja vielleicht für diese Fälle das Fürsorgeerziehungsgesetz, namentlich der Abs. 3 des § 1 desselben, vorhanden, aber zwischen Absicht und Antrag und zwischen Ausführung einer zweckmäßigen Unterbringung ist ein weiter Weg.

Auch müssen wir fragen, ob für diese durchaus defekten Individuen, zu deren Beurteilung ein aufs Pathologische geschultes Auge gehört, eine rein pädagogische oder unter geistlicher Leitung stehende Erziehung die richtige ist, ob die ganze Tendenz der Pädagogik, die Erzielung sofortiger Erfolge durch Anwendung des Begriffs der Strafe, nicht vielmehr für solche Individuen schädlich ist und die Verschlimmerung der grundlegenden Eigenschaften, namentlich der Neigung zur Lüge, bewirkt.

Jedenfalls hat das Fürsorgegesetz bei uns wohl die Folge gehabt, auf zahlreiche solche defekte Individuen aufmerksam zu machen, nicht aber für sie alle durch Unterbringung zu sorgen, da letztere vielfach am Widerstand des Gerichts und der Behörden gescheitert ist.

Für uns hat die einfache Entwicklung der Tatsachen dahin geführt, daß uns eine wachsende Zahl solcher jugendlicher Individuen zugeführt ist, von denen ein Teil bereits mit dem Strafgesetz, und zwar durch schwer gemeingefährliche Handlungen, in Konflikt gekommen ist, ein Teil sich schwachsinnig und nicht erziehungsfähig gezeigt hat.

Es ist jetzt stets in der Anstalt eine Abteilung von zehn bis zwölf solcher jugendlichen Individuen, fast nur Knaben, vorhanden, so daß es

nötig geworden ist, aus ihnen eine besondere Abteilung mit Individualisierung einzelner und mit speziellem geregelten Unterricht durch den bekanntlich seit Jahren angestellten Cand. theol. zu bilden.

So wenig nun diese ganze Aufgabe zunächst in den Rahmen der alten Irrenanstalt paßt, so bin ich doch der Meinung, daß wir uns dieser Aufgabe, auch für diese Kranken für längere Zeit zu sorgen und ihnen durch sachverständige Behandlung und Pflege die Möglichkeit einer, wenn auch späteren Rückkehr ins Leben zu verschaffen, nicht entziehen können und sehe es daher als eine weitere Aufgabe der großstädtischen Irrenpflege an, unserer im Bau befindlichen, zum Teil für Nervenkranke bestimmten ländlichen Abteilung auch eine ‚*Abteilung für Jugendliche mit geregeltem Unterrichts- und Arbeitsbetrieb*' anzugliedern.

Auch hier glaube ich, daß durch lang ausgedehnte Anstaltsbehandlung und nachher fortgesetzte Überwachung und Beeinflussung vielleicht hier und da einige Erfolge zu erhoffen sind.

Zur Erreichung des Zieles würde aber die Mitwirkung psychiatrisch sachverständiger Ärzte bei der Ausführung des Fürsorgegesetzes und die Bereitwilligkeit der Anstalten zur Aufnahme solcher Zöglinge mit pathologischen Defekten erforderlich sein.

Auch halte ich eine *staatliche Beaufsichtigung* der Erziehungsanstalten, in welche bisher die unter das Fürsorgegesetz fallenden Kinder untergebracht werden, für notwendig, und zwar, da es sich großenteils um pathologisch minderwertige, defekte, moralisch schwachsinnig veranlagte Individuen handelt, durch die für solche Zwecke in den preußischen Provinzen gebildete Besuchskommission, die meines Erachtens bisher recht gute Resultate in der Erreichung von Fortschritten in den betreffenden Privatirren- oder Idiotenanstalten gehabt hat! —"

In gleichem Sinne hält *Tuczek* die Zahl der psychopathisch-degenerativen Elemente unter den Fürsorgeerziehungszöglingen für sehr erheblich. Aber die Fürsorgeerziehung müßte individualisierend sein unter Erkenntnis und Berücksichtigung von psychiatrischen und anthropologischen Gesichtspunkten. *Tuczek* plädiert ebenfalls für die psychiatrische Aufsicht in den Fürsorgeerziehungsanstalten, für die Einrichtung besonderer ländlicher Institute, ärztlich-pädagogischer und Beschäftigungsanstalten für Jugendliche, unter ausgiebiger Verwendung des Fürsorgeerziehungsgesetzes bei pathologischen Individuen. Die Frage, ob ein Fürsorgeerziehungskandidat als charakterschwach oder als geistesschwach bzw. geisteskrank anzusehen ist, sei von grundsätzlicher Wichtigkeit, aber ihre Erörterung führe beim jetzigen Stande der Diagnose zu einer sehr unliebsamen Verschleppung des Verfahrens und Vernachlässigung des betr. Minderjährigen.

An 48 Insassen der Provinzialanstalten zu Potsdam, die Idioten und Epileptiker aufnehmen, hat Kluge interessante Beobachtungen machen können. Er unterscheidet die aktiven und passiven Elemente unter den mehr weniger schwachsinnigen Fürsorgezöglingen. Die ersteren waren wegen der vielen Züchtigungen, die sie früher erlitten hatten, mitunter recht schwer zu behandelnde Fälle. Kluge wandte nach psychiatrischen Grundsätzen und nach geschehener Erkenntnis der vorliegenden Defekte und Störungen ein vorbeugendes, ablenkendes und beruhigendes Verfahren an, „das insbesondere durch rechtzeitiges Abfangen der oft beobachteten Erregungszustände, der heftigen Affektäußerungen und triebartigen Handlungen" ermöglicht wurde. — Die der Individualität angepaßte Beschäftigung (Tischlerei usw.) wirkte günstig; Separierung und Isolierung waren ohne nachhaltigen Einfluß auf die schlimmen Elemente, auch nicht abschreckend für die übrigen. Besser wirksam schien Bettruhe. Einige an mäßigem Schwachsinn leidende Mädchen hatten schwere hysterische Anfälle in früheren Anstalten durchgemacht, die für „Besessenheit" gehalten und mit äußerst bedenklichen Prozeduren religiös-mystischer Art bekämpft worden waren. Die verantwortliche Mitwirkung psychiatrischgebildeter Ärzte in den Anstalten für Fürsorgeerziehung erscheint Kl. ebenso dringend notwendig wie ihre Zuziehung vor der Verordnung der Fürsorgeerziehung. Auch Tippel (Kaiserswerth) hat seine langjährigen psychiatrischen Anstaltserfahrungen an Fürsorgeerziehungszöglingen geschildert, die er im Asyl der Diakonissinnen für verwahrloste Mädchen zu Kaiserswerth gemacht hat. Vom 1. April 1901 bis 1. April 1905 wurden dort im ganzen 163 Fürsorgezöglinge aufgenommen. Davon erwiesen sich 6 = 3,68 % als geisteskrank (Dementia praecox, hysterisches Irresein und Imbezillität) und mußten verlegt werden. Außerdem waren 109 = 66,87 % als geistig minderwertig anzusehen (dauernde, angeborene, erworbene und konstitutionelle Minderwertigkeit). Bei den 115 psychisch Abnormen war in 51 Fällen erbliche Belastung (häufig Alkoholismus der Erzeuger) nachweisbar = 44,34 %. Alle 115 Mädchen, also 100 %, waren frühzeitig sexuell mißbraucht, 104 davon waren venerisch krank gewesen (90,43 %). T. rühmt das Zusammenarbeiten mit einem Geistlichen, dem Pastor Disselhoff, der allerdings infolge besonderer persönlicher Verhältnisse in hervorragendem Maße geeignet erscheint, die seelsorgerische und erzieherische Beeinflussung der Zöglinge von psychiatrischen Gesichtspunkten aus zu leiten. Der Mangel an den einschlägigen Kenntnissen habe anderwärts dagegen zu Meinungsverschiedenheiten über die Art des Fürsorgeerziehungsmaterials geführt, die bedauerlich sei. Tippel hat auf einer Konferenz der Vorstände der evangelischen Asyle nicht ohne Erfolg versucht, über die psychopathischen Merkmale der in Frage kommenden Zöglinge den Laien Aufklärung zu geben und will weitere Informationskurse abhalten.

Eine mit amtlicher Beihilfe von Tippel veranstaltete Umfrage bei den 40 Anstalten (24 katholische, 14 evangelische, vier königliche und eine Provinzialerziehungsanstalt) in der Rheinprovinz, die Fürsorgezöglinge aufnehmen, auch zumeist Ärzte haben, von denen aber nur sieben eine psychiatrische Vorbildung besitzen, hat folgendes ergeben: Von den Anstalten erklärten 14 mit 544 Zöglingen, sie hätten Psychose oder Minderwertigkeit nicht beobachtet. Unter den anderen 25 mit 3562 Insassen sind Geisteskrankheit in neun Anstalten mit ungefähr 100 Fällen zur Beobachtung gekommen. Die Gesamtzahl der Fürsorgezöglinge in der Rheinprovinz betrug 4171 (2735 männliche und 1436 weibliche). Von hohem Interesse ist die Gegenüberstellung der aus der Umfrage zu folgernden psychiatrischen Feststellungen in den 39 Anstalten, der 0,303% Psychosen resp. 2,33% Minderwertigkeit zu dem Ergebnis der Tippelschen Zählung in Kaiserswerth 3,68% resp. 66,87%. Auch hier, wie in dem von mir und anderen gegebenen Hilfsschülermaterial fiel ätiologisch die Herkunft der Fürsorgeerziehungszöglinge von alkoholistischen Eltern, aus unehelicher Geburt und aus kriminell belasteten oder sonst verwahrlosten Familien auf.

Über die Behandlung der Zöglinge, Regeln des Tagewerkes mit möglichster Beschäftigung im Freien, strenge Hausordnung usw. spricht sich T. dahin aus:

„Die Schwierigkeiten bei einer derartigen Behandlung liegen im Vergleich mit derjenigen in Irrenanstalten aber darin, daß man noch viel mehr sich bei den einzelnen Individuen bewußt sein muß, wie weit die Intelligenz und Leistungsfähigkeit Anforderungen gerecht werden kann und wie weit etwaiger böser Wille und sonstige Charakterfehler mitreden. Denn darüber darf man keinen Augenblick im Zweifel sein, daß nicht alles als krankhaft angesehen werden darf, was als auffällig zur Beobachtung gelangt."

Bei der Fürsorgeerziehung müßte das Hauptgewicht auf die erzieherische Einwirkung gelegt werden; die Erkennung und Feststellung der abnormen Elemente durch psychiatrisch geschulte Ärzte unter ihnen sei wünschenswert, aber schwer durchführbar. Es empfehle sich vielleicht, daß für je eine Provinz ein Psychiater schon allein die Akten daraufhin prüfe, ob darin Gründe für das Vorhandensein von Anhaltspunkten für eine psychopathische Veränderung zu finden sein dürfe, die dem Laien zumeist entging.

Tippel schloß seine Betrachtungen, die unter den Versammelten allgemeinen Anklang fanden, mit dem Satze:

„Wir Psychiater müssen bestrebt sein, bei allen, die an der Fürsorge arbeiten, das Verständnis für die Grenzgebiete zwischen gesunder und kranker Psyche zu wecken, sie über den Unterschied zwischen vermeintlich boshaften und den auf krankhafter Grundlage beruhenden

Äußerungen ihrer Schützlinge zu belehren und in die Erkenntnis der seelischen Vorgänge bei psychopathischen Elementen einzuführen. Dieses Bestreben halte ich nach meinen mehrjährigen Erfahrungen für einen Weg, der unter Berücksichtigung der derzeitigen und auch für die Zukunft wohl ähnlich bleibenden Verhältnisse eher zu dem Ziele führt, als die Aufstellung idealer Forderungen und Bestrebungen, mit der wir den Hilfsbedürftigen nicht nützen. Daß dieses Ziel erreicht werden kann, zeigen die Resultate, die ich Ihnen eingangs über unser Vorgehen in Kaiserswerth vortragen konnte. Daß es erstrebt werden muß, fordern die auffälligen Unterschiede in den einzelnen Ergebnissen unserer Sammelfeststellung.“ Die Zustimmung der deutschen Psychiater kam dann in einer entsprechenden, den Regierungen mitzuteilenden Resolution des Deutschen Vereins für Psychiatrie nochmals kurz zum Ausdruck.

Neißer (Bunzlau) unterstützte Tippel auf der Dresdener Versammlung darin, daß er es auch für dringend notwendig erachtete, die Auffassung und Denkweise der Anstaltsleiter und Pädagogen an Fürsorgeerziehungsanstalten mehr in anthropologische Bahnen zu leiten. Die Sache habe nicht nur eine ideelle, sondern auch eine eminent praktische Seite, an welcher das Nationalvermögen mit vielen Millionen interessiert sei. Diese würden heute in einer ganz falschen Richtung auf Strafverfahren und Gefängniskosten verwendet, ohne daß dadurch ein besserer Schutz der Gesellschaft gegen asoziale Elemente bisher erreicht sei.

Im psychiatrischen Verein zu Berlin hat dann im März 1906 auch Dr. Seelig, der seit mehreren Jahren als Psychiater an dem Lichtenberger Erziehungshause für verwahrloste Knaben der Stadt Berlin tätig ist, seine Beobachtungen mitgeteilt.

Er bedauerte, daß die amtliche Statistik noch nicht von psychiatrischen Gesichtspunkten aus gewonnen sei; denn sie zählt unter den im letzten Jahre (1904/05) 6458 der Fürsorgeerziehung überwiesenen Individuen noch 90,9 % als geistig gesund auf. Sie sei ärztlich nicht verwertbar. Es befinden sich unter den 860 Lichtenberger Insassen eine große Zahl geistig Abnormer (Imbezille, Psychopathen, Epileptiker und Degenerierte) in den verschiedensten Abstufungen. Die Grenzfälle seien oft schwer zu deuten. Wichtig in bezug auf die Behandlung seien die affektiven Schwankungen, die impulsiven Handlungen und die hysterischen Krankheitserscheinungen, die aus der psychopathischen und neuropathischen Konstitution resultierten. Die Überweisung in Irrenanstalten sei nicht immer nötig und zweckmäßig. Jeder Zögling müßte auf Grund seiner Akten psychiatrisch untersucht und auch weiterhin beobachtet werden. Belehrung der beteiligten Faktoren über die gewonnenen Ergebnisse sei notwendig.

Durch Ausbau der Lazarettabteilungen der Fürsorgeerziehungsanstalten seien Beobachtungsstationen für minder-

wertige Individuen zu beschaffen. Dort seien sie ev. auch gelegentlich zu behandeln und über kritische Zeiten hinweg zu bringen. Methodische katamnestische Erhebnngen über die entlassenen Zöglinge seien ungemein schwierig, so nützlich sie wären für die weitere soziale besonders prophylaktische Wirksamkeit des Fürsorgeerziehnngsgesetzes.!

Besonders eindringlich behandelte all die von Tippel, Seelig, Moeli, Laquer u. a. berührten Fragen in einem Referat Herr Direktor Dr. med. Neißer-Bunzlau auf dem Allgemeinen Fürsorgeerziehnngstag 11.—14. Jnni 1906 zu Breslau.

Er gab gemeinverständliche psychiatrische Gesichtspunkte aus der Beurteilung und Behandlung der Fürsorgezöglinge vor zahlreichen Ärzten uud Laien und stellte folgende bemerkenswerte Leitsätze auf:

1. Unter den Fürsorgezöglingen finden sich eine erhebliche Zahl von psychisch minderwertigen, krankhaft veranlagten, in der Entwicklung zurückgebliebenen oder abnorm gerichteten Individuen. Die Mitwirkung von psychiatrisch geschulten Ärzten an den Aufgaben der Fürsorgeerziehung ist deshalb unentbehrlich.

2. Die Personalfragebogen bei der Einweisung von Fürsorgezöglingen in die Anstalten sollen (nach dem Muster derjenigen, welche als Grundlage für die Anfnahme von Geisteskranken, Idioten usw. in die Heil- und Pflegeanstalten in Gebrauch sind) alle für die ärztliche Beurteilung erforderlichen Angaben enthalten. Es wäre zweckmäßig, wenn die Kreisärzte bei der Abfassung derselben herangezogen werden könnten.

3. Bei der Aufnahme in Anstalten sollen alle Zöglinge alsbald einer sorgfältigen, auch den psychiatrischen Gesichtspunkten Rechnung tragenden ärztlichen Untersnchnug unterzogen werden. Der Befund ist ausführlich schriftlich niederzulegen und von dem Anstaltsleiter zur Kenntnis zu nehmen.

4. An den größeren Erziehnngsanstalten ist darauf Bedacht zu nehmen, daß eine sachgemäße Behandlung und Beobachtung vorübergehender psychopathischer Zustände stattfinden kann.

5. Dem Staate erwächst die Aufgabe, Vorkehrung zu treffen, daß die mit der Fürsorgeerziehung bernfsmäßig befaßten Pädagogen nsw., namentlich aber die Leiter der größeren Anstalten, sich mit den Ergebnissen der einschlägigen Sonderforschungen und Erfahrungen auf pädagogischem, kriminalistischem, psychologischem und psychiatrischem Gebiete vertraut machen. Neben der Förderung von Bibliothekszwecken u. dgl. wird die Einrichtung besonderer Unterrichtskurse ins Auge zu fassen sein.

6. Das spätere Schicksal und Ergehen der Fürsorgezöglinge soll

zwecks Sammlung von Erfahrungen nach Möglichkeit im Auge behalten werden.

7. Es darf gehofft werden, daß es auf diese Weise durch Ermittlung und Berücksichtigung etwaiger individueller Defekte gelingen werde, auch eine Anzahl derjenigen Fürsorgezöglinge, welche sich bei dem bisherigen Verfahren als schwer oder gar nicht erziehlich beeinflußbar erweisen, in ihrer Entwicklung zu fördern, zugleich aber auch von dem Gros der übrigen Zöglinge schädigende Einwirkungen fernzuhalten. Die Erreichung dieses Zieles würde einen erheblichen Gewinn für die öffentliche Wolfahrt bedeuten und eine nicht unbeträchtliche Ersparnis an Nationalvermögen.

Vorausgegangen war eine Wiedergabe der Dr. Jägerschen Untersuchungen über die Schweizer degenerierte Familie „Zero“, als Paradigma einer erblichen Belastung, die sich durch Jahrhunderte fortspinnt. Ferner gab N. eine Belehrung über die Eigenart der Imbezillität, welche man nicht einfach als ein Minus gegenüber der Norm betrachten dürfe. Er lehrte, wie Phobieen, Tics, pathologische Reizbarkeit, abnorme Stimmungen, Träumereien usw. die auffälligen Handlungen der Fürsorgeerziehungszöglinge beeinflussen könnten.

Aus all diesen ärztlichen Erörterungen, wie sie vor Fachgenossen und vor Laien in den letzten Jahren wiederholt und wohl immer in der gleichen Richtung angestellt worden sind, erhellt ein wichtiger Gesichtspunkt:

Die Fürsorgeerziehung kann ohne Nachteil in den Händen der Seelsorger und Pädagogen bleiben, solange ihnen, den kirchlichen Genossenschaften und vorgesetzten Behörden bewußt ist, daß krankhafte Anlagen des Gehirns in Form der schwersten erblichen Belastung und der Entartung oder der angeborenen und früh erworbenen Geistesschwäche in den meisten Fällen, wo das Gesetz angewendet werden muß, die Grundlage des sittlichen Verfalls bildeten. Ohne psychiatrische Mitwirkung und regelmäßige ärztliche Kontrolle der Anstaltszöglinge und auch der Familienpfleglinge wird die Fürsorgeerziehung auf die Dauer nicht möglich sein.

Eine von Staats wegen in dieser Hinsicht einzuleitende Revision aller derjenigen Anstalten, die Fürsorgeerziehungszöglinge aufnehmen, ist entschieden notwendig. Es wäre schon als ein großer Fortschritt zu begrüßen, wenn vorläufig jede Provinz einen oder mehrere ihrer erfahrenen Irrenanstaltsdirektoren mit dieser Aufgabe betraute. Nachdem die statistischen Vorarbeiten durch Tippel, Sioli, Neißer, Moeli und Seelig eingeleitet worden sind, kann ja die Notwendigkeit der

psychiatrischen Prüfung aller Fürsorgekandidaten vor oder nach beendetem Verfahren den Justiz- und Verwaltungsbehörden nicht mehr zweifelhaft sein.

Ich glaube aber, daß die Streitfrage über die „Freiheit des menschlichen Willens“ und andere unüberbrückbare Gegensätze zwischen Naturforschung einerseits, Theologie und Jurisprudenz andererseits nicht zum Gegenstande der entsprechenden Belehrungen von Juristen, Anstaltsgeistlichen und Anstaltsbeamten gemacht werden sollte. Solche „Glaubensfragen“ hindern die Verständigung über die praktische Lösung gemeinsamer Aufgaben. Auch die schroffe Betonung des ärztlichen Übergewichts hat in der Fürsorgeerziehungsfrage keinen Zweck. Ganz anders liegt in letzterer Hinsicht die Sache bei den Idioten, Irrenpflege- und Heilanstalten, wo nur *Kranke zu behandeln und zu beeinflussen* sind. Eine ruhige und friedliche Teilung der Pflichten bei der Versorgung von moralisch Minderwertigen ohne Aufrollung von Machtfragen hat, wie wir aus den Mitarbeitern pädagogischen und theologischen Faches auf dem Felde der Schwachsinnigenfürsorge — ich nenne nur die Namen *Piper* (Dalldorf), *Nitzsche* (Großheinersdorf), *Grohmann* (Zürich), *Klumker*, *Polligkeit*, *Bleher*, Disselhoff u. a. ersehen, zu einer Harmonie zwischen Ärzten und Laien geführt, die ebenso wie in den Hilfsschul- auch in der Fürsorgeerziehungsfrage Gutes für die Zukunft verspricht.

Ob eine Reorganisation aller Anstalten im Sinne des open-door-Systems, mit landwirtschaftlichen Irrenkolonien oder in Form der „Arbeitslehrkolonie“ und der Familienpflege anzubahnen und zu erreichen sein wird, — ob andererseits wegen der allerseits beklagten Neigung der Fürsorgeerziehungszöglinge zu Fluchtversuchen, Sittlichkeitsdelikten, Verführung Gutartiger und schlimmer Gewalttätigkeiten eine strengere Bewachung — ohne jene harten Zuchtmittel, wie sie in Gefängnissen noch üblich sind, — am Platze ist, das müssen weitere Konferenzen von beteiligten Ärzten und Verwaltungsbeamten, Theologen usw. ergeben. Eine baldige Verständigung über dringliche Forderungen scheinen ja alle, die es angeht, zu wünschen. Die Begründung besonderer Anstalten in ländlichen Gegenden und der Ausbau der gegebenen Institutionen wird dem von uns Ärzten gewollten Ziele am nächsten kommen und am billigsten sein.

Die Fernhaltung aller Fürsorgeerziehungszöglinge aus Nervenheilstätten, Irrenheil- und -Pflege-, sowie aus den Idiotenanstalten ist selbstverständlich. — Man kann sich in geeigneten Fällen, wenn das unter Umständen verlangt werden sollte, wo nur einfache Imbezillität besteht, auch auf § 10 des Fürsorgeerziehungsgesetzes berufen, der da lautet: „Die Zöglinge dürfen nicht in Arbeitshäusern und nicht in Landarmenhäusern —

32

in Anstalten, welche für Kranke, Gebrechliche, Idioten, Taubstumme oder Blinde bestimmt sind, nur so lange untergebracht werden, als es ihr körperlicher oder geistiger Zustand erfordert."

Die Ausführungsbestimmungen schränken diese gesetzliche Bestimmung insoweit etwas ein, als sie sagen: „Zöglinge, die wegen ihres krankhaften Zustandes in Anstalten, die für Kranke bestimmt sind, untergebracht werden müssen, fallen dadurch nicht ohne weiteres aus dem Fürsorgegesetz."

Die Forderung der Psychiater, die auf der letzten Münchener Tagung (April 1906) von Vocke, Snell, Kreuser, Cramer ausgesprochen wurde, daß die Irrenanstalt als Krankenanstalt und nicht als Verwahrungsanstalt für verbrecherisch Entartete und gemindert Zurechnungsfähige anzusehen sei, trifft auch in dem Falle zu, daß für moralisch schwer defekte Fürsorgeerziehungszöglinge — außer zu kurzer Beobachtung — in den Irrenanstalten Unterschlupf von Amts wegen gesucht werden sollte.

Dem Fürsorgeerziehungsgesetze, noch mehr dem Verfahren zur Ausführung desselben haften noch viele Fehler an. Ich habe versucht, Mittel zu ihrer Vermeidung und Verbesserung anzugeben. Ich hoffe mit Aschaffenburg, der das Fürsorgeerziehungsgesetz in seinem Buche: „Das Verbrechen und seine Bekämpfung" für einen der gangbarsten Wege zur Vorbeugung des Verbrechens hält, daß Kohlrausch zu pessimistisch urteilt, wenn er meint, daß bei Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen „gerade der Gedanke, daß es sich um eine sozialhygienische, eine präventive Maßregel handelt, immer mehr zu verblassen scheine". —

Sonstige Mittel zur Verhütung des Verfalls von Schwachsinnigen.

Hauptlehrer Alwin Schenk aus Breslau hat auf dem fünften Verbandstage der Hilfsschulen Deutschlands zu Bremen (1905) mit Recht die Frage aufgeworfen: „Ist denn die Zahl der hier zu versorgenden Kinder so bedeutend, daß man eine über das Bisherige hinausgehende Fürsorge zu schaffen hat?" Irgendwelche zuverlässige Zahlen über die Menge der wegen ihres angeborenen Schwachsinns Hilfsbedürftigen liegen ja nicht vor. Um aber zu einem Urteil zu gelangen, hat er folgende Berechnung aufgestellt. Die Breslauer Hilfsschulen mit ihren 30 Klassen werden von über 650 Schülern besucht. Diese Zahl umfaßt aber bei weitem nicht die ganze Menge der schwachbefähigten Kinder von Breslau; es bleibt noch ein erheblicher Bruchteil in Volks- und Privatschulen zurück. Die Zahl von 150—200 Kindern könnte man unbesorgt noch dazu rechnen, so daß eine Summe von über 800 Kindern, die des

Hilfsschulunterrichts bedürftig sind, zum Vorschein kommt. Da die genannte Kinderschar sich auf sechs Jahrgänge verteilt, so kommen auf jeden durchschnittlich etwa 135. Breslau zählt 450 000 Einwohner; es würden also auf je 10 000 Einwohner pro Jahrgang drei hilfsschulbedürftige Kinder zu rechnen sein. Übertragen wir diese Zahl auf unser deutsches Vaterland mit seinen 60 Millionen Einwohnern, so erhalten wir in jedem einzelnen Jahrgang 19 000. Wenn wir nur 33 solcher Jahrgänge in Ansatz bringen, so erreichen wir eine Summe, die dem stehenden deutschen Kriegsheere ungefähr entspricht. Aber auch diese Menge dürfte das ganze Elend noch nicht in sich fassen. Wenn wir auch 100 000 oder 200 000 von der Summe abrechnen, so bliebe nach Schenks Ansicht immer noch eine Zahl übrig, die uns zu ernstem Nachdenken und werktätiger Liebe führen müßte, und zwar um so mehr, als die wachsende Zahl unfertiger Existenzen zu einer ernsten Gefahr für die Mitmenschen werden kann.

Es sind das insofern etwas zu düster gehaltene Schilderungen, als manche Hilfsschulzöglinge und andere debile und schwachsinnige Schüler auch ohne Stütze nach der Schulentlassung im praktischen Leben viel mehr leisten und moralisch sich besser bewähren, als nach ihren sehr geminderten Schulleistungen zu erwarten war. „Ihre Schüler sind noch nicht die schlechtesten!“ sagte jüngst unserem Hilfsschulleiter der Direktor der Frankfurter obligatorischen Fortbildungsschule, der die schwachbefähigten schulentlassenen Lehrlinge in besonderen Vorklassen mit geringen Anforderungen vereinigt. Es ist natürlich hier von erheblichem Einfluß, ob die Schwachsinnigen gerade in der kritischen Zeit der Geschlechtsreife in einer gut erhaltenen, nicht zerrütteten Familie und seitens verständiger Eltern den für sie nötigen festen Rückhalt finden. Wenn diese Faktoren fehlen, müssen sich Fürsorgevereine, wie in Frankfurt a. M., oder besondere, ja auch im Gesetz vorgesehene „Fürsorger“ ihrer mit Geduld und Verständnis annehmen.

Dann sprechen vielfache ärztliche Erfahrungen dafür, daß moralische Entgleisungen, die in jugendlichem Alter auf dem Boden der Debilität und Imbezillität erwachsen, als Symptome eines vorübergehenden Erregungszustandes nach Ablauf einer solchen krankhaften Periode wieder der Norm mit guter Lebensführung Platz machen können. Soll aber die Mühe der Ärzte um die psychiatrische Beurteilung der Fürsorgeerziehungszöglinge, psychopathischer und anderer defekter jugendlicher Individuen (Schwachsinniger, Minderwertiger) von Erfolg gekrönt sein, so müßten gewisse Erleichterungen und Vorbedingungen für ihre Beobachtung und Begutachtung geschaffen werden, auf die ich schon früher hingewiesen habe.

Da von den Hilfsschul- und den Fürsorgezöglingen sowie von den

bestraften Jugendlichen ein jeder schon jetzt seinen „Personalbogen“ besitzt, die letztgenannten in den Gerichtsakten, vor allem aber in dem am Geburtsorte von der betreffenden Staatsanwaltschaft geführten „Strafregister“, so wäre vielleicht von dem Vormundschaftsgericht ein „*Fürsorgeregister*“ einzurichten. Das müßte die *Charakteristiken aller Minderwertigen* enthalten mit kurzem Abriß der intellektuellen und moralischen Entwicklung, der körperlichen Anomalien, Zahl und Art der erziehlichen Maßnahmen, Übersicht über Leistung in Schule, Lehre und Beruf, der vorerwähnten Strafen bis etwa zur Volljährigkeit. Für das Aushebungsgeschäft und für die Rechtspflege, aber auch für die klinische Psychiatrie hätte diese Zusammenstellung einen ganz erheblichen Wert. Denn jeder, der sich mit der Entwicklung der Minderwertigkeit zu beschäftigen strebt, fühlt dieses Bedürfnis um so mehr, als die Nachforschungen nach den weiteren Schicksalen der Schwachsinnigen wegen ihres unsteten Lebens außerordentlich schwierig sind. Schon die oben gegebenen wenigen und kurzen Skizzen aus den Erhebungen der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge beweisen dies. — — Es müßten in dem „Fürsorgeregister“ allerdings nicht nur diejenigen kindlichen und jugendlichen Individuen verzeichnet und geschildert sein, für die bereits die gesetzliche Fürsorgeerziehung ausgesprochen worden ist, sondern alle, die überhaupt jemals wegen einer angeborenen Minderwertigkeit besonderer erzieherischer und sozialer Maßnahmen bedurften.

Ferner ist für ihre Versorgung die Bedeutung der Berufsvormundschaft im Kampfe gegen Verwahrlosung und Verbrechen beachtenswert, über die *Polligkeit* (l. c.), der zweite Direktor der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge jüngst einen Aufsatz veröffentlicht hat. P. vertritt nach den Erfahrungen über die Mängel, die der Einzelvormundschaft bei unehelichen Kindern anhaften, folgende Anschauung: Die Gesetzgebung über die Versorgung minderwertiger Kinder sei derart, daß dem Vormundschaftsrichter vorzugsweise die Entscheidung über die *Gesetzmäßigkeit* einer gerichtlichen Anordnung vorbehalten bleibe. Auf die Art ihrer Ausführung habe der Richter gewöhnlich keinen erheblichen Einfluß. Die Entscheidung über alle „Zweckmäßigkeitsfragen“ liege beim Vormunde; — und sie sei gerade bei Minderwertigen ungemein erschwert, trotzdem diese Fragen den eigentlichen Schwerpunkt der sozialen Fürsorge für die gefährdete und verwahrloste Jugend ausmachten. Es sei gar nicht immer leicht, einen geeigneten Fürsorger zu finden, der Lust und Liebe zu der heiklen und Sachkenntnis voraussetzenden Untersuchung der Individualität und des Milieus eines Minderwertigen hat und sich die nötige Zeit dazu nimmt. Man müßte wie *Polligkeit* ausführlich und klar begründete, die gesetzliche Umwandlung der ehrenamtlichen Einzelvormundschaft in die Berufsvormundschaft ins Auge fassen. Ihr Ausbau sei eng verknüpft mit der repressiven

und prophylaktischen Bekämpfung von Verbrechen und Verwahrlosung, einem der „schwersten Probleme der Volkserziehung“, und der Versorgung von Minderwertigen.

Wie außerordentlich bedeutungsvoll auch im späteren Leben von Imbezillen noch die genaue Feststellung ihrer angeborenen Minderwertigkeit werden kann, ergibt sich aus einem forensischen Fall, der mir am 4. Juli 1906 vor der Strafkammer des Königlichen Landgerichts zu Frankfurt a. M. als gerichtlichen Sachverständigen zur Beurteilung vorlag. Es war die 58jährige Wäscherin Marie W. geb. R. wegen Diebstahls von ein Paar billiger Schuhe, die sie wegen ihrer abnormen Weite gar nicht brauchen konnte, aus einem Frankfurter Warenhaus angeklagt. Ich konnte aus ihrem gegenwärtigen Geisteszustand den Schwachsinn deutlich nachweisen. Ich stützte mich aber bei meinen gutachtlichen Ausführungen, die auf die Annahme einer geminderten Zurechnungsfähigkeit hinausliefen, auf ihre kriminelle Vergangenheit, soweit sie aus den Akten ersichtlich war; es war klar, daß sie früher der gewerblichen Unzucht, der Landstreicherei, dem Bettel ergeben gewesen, „wiederholt abgeschoben“ und mit „Stadtverweis“ in ihrer Heimat Bayern bedacht worden war. Das Strafregister hatte dies erwiesen. Der Staatsanwalt ließ aber die genannte große Reihe und Eigenart der Vorstrafen als Beweis kongenitaler Imbezillität nicht gelten, besonders als ich den Richtern auseinander zu setzen versuchte, daß nach der Statistik B o n h ö f f e r s u. A. auch die Prostitution zum „beliebten Handwerk Schwachsinniger“ gehöre. — — Die Angaben der Angeklagten und einer befreundeten Zeugin, daß sie der Pfarrer ihrer Heimat vor 44 Jahren nicht hätte konfirmieren wollen, weil sie „zu dumm“ gewesen wäre, erkannte er nicht an und wünschte darüber weitere Erhebungen. Ich drang zwar beim Gerichtshof mit meiner Anschauung durch und erzielte eine mildere Bestrafung der rückfälligen „Warenhausdiebin“ — aber es hätte kaum einer Differenz mit der Anklagebehörde bedurft, wenn ich mich nicht bloß auf das Strafregister, sondern auch auf einen ‚Personalbogen‘ der Angeklagten hätte berufen können.

In der Frankfurter Irrenanstalt, das weiß ich aus den ärztlichen Akten, die dort geführt werden, werden immer Abschriften der Strafregister der aufgenommenen Kranken von den Justizbehörden erbeten und den Krankengeschichten beigefügt. — Für die katamnestischen Erhebungen über das Schicksal aus der Schule entlassener Minderwertiger sind die Strafregister der Gerichte kaum mehr entbehrlich. So hat mir die Königliche Staatsanwaltschaft in Frankfurt a. M. freundlichst mitgeteilt, daß von 100 seitens der in Frankfurt geborenen schulentlassenen Zöglinge der hiesigen Hilfsschulen, von denen der älteste jetzt 25, der jüngste jetzt 17 Jahre zählt, eine Strafe erlitten haben: Zehn männliche Individuen, also gerade z e h n P r o z e n t und zwar:

Nr. 18: geboren den 6. Juni 1885; 2. Oktober 1905 vom Schöffengericht wegen Körperverletzung zu fünf Mark Geldstrafe verurteilt.

Nr. 21: geboren den 19. August 1883; 14. April 1902 vom Amtsgericht wegen Bettelns zu einen Tag Haft verurteilt; am 28. Dezember 1902 wegen Bettelns zu drei Tagen Haft.

Nr. 33: geboren den 23. April 1887 in den Jahren 1903—1906 fünfzehnmal wegen Gewerbevergehens (Backwarenverkaufs) zu Geldstrafen bzw. Höhe in steigender Höhe verurteilt.

Nr. 34: geboren den 8. August 1883, ist verurteilt:

am	durch	wegen	zu
4./10. 1897	Schöffengericht hier	Diebstahls	1 Verweis
17./2. 1902	Amtsgericht hier	Betteln	1 Tag Haft
13./3. 1902	"	"	2 Tagen "
21./3. 1902	"	"	3 " "
25./3. 1902	"	"	5 " "
4./4. 1902	"	"	6 " "
14./4. 1902	"	"	7 " "
24./4. 1902	"	"	7 " "
3./5. 1902	"	"	12 " " und Überweisung an die Landespolizeibehörde.
17./5. 1902	Reg.-Präs. Wiesbaden	"	6 Monate Arbeitshaus (Hadamar)
8./6. 1905	Landgericht hier	Unterschlagung in 2 Fällen	4 Monate Gefängnis.

Nr. 42: geboren den 17. Juni 1880; verurteilt am 30. Dezember 1905 vom Schöffengericht wegen Unterschlagung zu drei Monate Gefängnis.

Nr. 60: geboren den 2. August 1882; verurteilt am 14. November 1902 wegen Diebstahls zu zwei Wochen Gefängnis; am 12. Dezember 1902 wegen Diebstahls zu vier Wochen Gefängnis.

Nr. 69: geboren den 2. Oktober 1883; verurteilt: am 22. Februar 1904 wegen Zuhälterei, zu sechs Wochen Gefängnis.

Nr. 70: geboren den 20. Dezember 1885; am 15. Februar 1906 verurteilt wegen schweren Diebstahls zu zwei Monaten Gefängnis; 9. Dezember 1905 wegen Diebstahls nnd Unterschlagung zu zehn Tagen Gefängnis.

Nr. 79: geboren den 20. Februar 1885; verurteilt 16. April 1901 wegen Obdachlosigkeit eine Woche Haft; 12. Juli 1901 wegen Betteln einen Tag Haft; 10. Dezember 1902 wegen Botteln einen Tag Haft; 30. November 1903 wegen Betteln zwei Tage Haft; 11. Januar 1904 wegen Diebstahl zu neun Wochen Gefängnis; 13. April 1904 wegen Diebstahl zu neun Monaten Gefängnis; 23. April 1905 zu neun Monaten Gefängnis.

Nr. 84: geboren den 25. Januar 1885; am 9. Juli 1906 verurteilt wegen fahrl. Körperverletzung zu 20 Mark Geldstrafe ev. vier Tage Haft.

Nr. 94: geboren den 28. Februar 1886; verurteilt am 5. Oktober 1903 wegen Unterschlagung und Betrug zu 25 Mark Geldstrafe ev. fünf Tage Haft.

Es ist bei der Höhe der Zahl von kriminell gewordenen Hilfsschulzöglingen zu bedenken, daß die 100 Nachforschungen, die ich darüber anzustellen in der Lage war, aus einer Zeit stammen, wo die Fürsorge für Schulentlassene noch nicht organisiert war. Besonders in die Augen fallend ist der kriminelle Verfall von Nr. 34, eines Knaben, der schon während der Schulzeit wegen Diebstahls mit einem Verweise bestraft ist, der dann aus der Schule entlassen dem Bettel verfällt, nach drei Monaten der Landespolizeibehörde und durch sie einer Besserungsanstalt für sechs Monate überwiesen wird, nach weiteren drei Jahren als 22 jähriger bereits eine Gefängnisstrafe von vier Monaten erhält. —

Das Strafregister enthält übrigens nur gerichtliche Strafen wegen Verbrechen, Vergehen und wegen Übertretungen nach § 361 (1—3) (Verletzungen der durch Polizeiaufsicht und Landesverweisungen auferlegten Beschränkungen, und Landstreicherei). Fast alle Polizeistrafen und auch die Vergehen, die sich auf gewerbliche Unzucht beziehen, sind hier nicht verzeichnet. Es würde sonst wohl die Kriminalität der Hilfschulzöglinge eine noch etwas höhere sein.

Die Versorgung Minderwertiger aus den bemittelten Familien.

Aus den im ersten Aufsatz dargelegten Gründen bin ich in den gegebenen Auseinandersetzungen und Schilderungen von einer ganz bestimmten Spezies von Debilen und Imbezillen, nämlich von denen, die in den Volksschulen bzw. in den Hilfsschulen sitzen, — ausgegangen. Nur beiläufig habe ich mich mit den Minderwertigen beschäftigt, die auf den höheren Schulen, öffentlichen und Privatschulen, unterwiesen oder zu Hause unterrichtet werden. Psychiater und Pädagogen, Seelsorger, Richter, Polizeiorgane und Offiziere kennen jene Spielarten des Schwachsinns, denen Stand und Vermögen der Eltern ein ganz besonderes Gepräge verleiht. Der reiche Schwachsinnige ist viel schlechter dran, als der arme oder gar der ländliche Imbezille: „Dem ist wirklich wohl," so meint Grohmann mit Recht; „beim Viehfüttern und Grasmähen genießt er, was die Natur ihm zu genießen gestattet." Es bergen die Hilfsschulen aus äußeren Gründen leider sehr wenig imbezille Kinder wohlhabender Eltern, weil durch Nachhilfe und Nachsicht die schweren geistigen und für die Imbezillität charakteristischen Mängel in den ersten zwei Schuljahren bei der geringeren Klassenfrequenz der Vorschulen verdeckt zu werden pflegen. Eine Umschulung von einer höheren zur niederen Schulgattung findet erst später statt, wo die Hilfsschule nicht mehr in Betracht kommt. Es werden dadurch an dem ab ovo defekten Gehirn durch Überanstrengung in der Schule Schäden gesetzt, die später schwer auszugleichen sind. — Das ist der Nachteil unserer

Standesschulen und wäre ein wichtiger Grund für Aufhebung der Vorschulen und für den obligaten Besuch der allgemeinen Volksschule aller Schulkinder, in den ersten drei Jahren der Schulpflicht — nach Bayrischem Muster. Man könnte die Imbezillen ohne Rücksicht auf ihre Herkunft rechtzeitig aussondern und nach Lage ihrer Fähigkeiten viel leichter den Sonderschulen zuweisen! — Die Diagnose auf Schwachsinn, die bei Kindern aus reichen Familien gewöhnlich erst dann gestellt zu werden pflegt, wenn der „Familienehre“ durch ihre Handlungen Gefahr droht, wäre zu einer Zeit möglich, wo Ärzte und Pädagogen ihre Kunst an solchen schwierigen Objekten noch erproben könnten. Auch der Treiberei gänzlich unfähiger Schüler, ihrer „Presserei“ bis zum Einjährigen, wäre damit ein Riegel vorgeschoben.

Erst wenn es möglich sein wird, alle Imbezillen ohne Unterschied des Standes ihrer Eltern — aus welchem Milieu sie immer kommen — von ihrem neunten bis zum fünfzehnten Lebensjahr ihrer defekten Individualität gemäß zu beobachten und zu behandeln, und die Ergebnisse in eigenen Charakteristiken niederzulegen, dürften die Klagen von Eltern und Erziehern darüber verstummen, was aus diesen Psychopathen nach ihrer Schulentlassung werden soll. — Ich hoffe, daß sich mit der Begründung der von uns oben geschilderten Arbeitslehrkolonien auch Raum und Gelegenheit für Versorgung der aus Sonderschulen entlassenen jugendlichen Minderwertigen von bemittelten Eltern finden wird. Ob es da notwendig werden wird, etwas besonderes im Sinne der Arbeitslehrkolonie zu schaffen, oder ob Institutionen wie die oben genannter Bremenser Lehranstalt von Wintermann, das Erziehungsheim Trueper auf Sophienhöhe bei Jena, das Jugendheim von Dr. Ludwig Cron in Heidelberg, ferner all die frommen Stiftungen von privaten und kirchlichen Wohltätern, z. B. die Wernerstiftung in Reutlingen, wie sie sich in dem Stifterschen Buche und dem Frenzelschen Kalender aufgezeichnet finden, aufzuführen sind, wird von Fall zu Fall zu entscheiden sein. — Neben den früheren Lehrern der Imbezillen müssen die Ärzte und die Pädagogen befragt werden. Der schon vielfach genannte Ingenieur A. Grohmann in Zürich hat eine Vermittlungs- und Versorgungsstelle für erwachsene Imbezille eingerichtet. Die wichtigste Vorbedingung für den Erfolg aller erzieherischen Maßnahmen ist und bleibt die Einsicht der Eltern in die krankhaften Grundlagen, auf denen die Schwierigkeiten in der beruflichen Unterweisung und Förderung von Debilen und Imbezillen beruhen. — Wie in der Schule, so ist im Leben die rechtzeitige und richtige Erkennung und Einschätzung eines Minderwertigen der erste Baustein zum Tempel seines Glücks.

Allgemeine Grundsätze zur ärztlichen und erziehlichen Behandlung von debilen und imbezillen Trägern des angeborenen Schwachsinns im jugendlichen Alter.

1. Die Erkennung angeborener Geistesschwäche ist in den ersten drei Schuljahren möglich.

2. Die Feststellung geistiger Mängel, die einen Sonderunterricht nötig machen, geschieht am sichersten in gemeinsamer Beratung durch Lehrer und Ärzte.

3. Die Hilfsschulen für schwachbefähigte (schwachsinnige) Kinder bedürfen besonderer schulärztlicher Einrichtungen. — Ihre Ärzte müssen eine psychiatrische Vorbildung haben und den Hilfsschulen mehr Zeit widmen als den Volksschulen.

4. Die Lehrziele in den Hilfsschulen dürfen allerhöchstens den Mittelklassen einer Volksschule entsprechen. Die Schülerzahl in der Klasse darf nicht höher als 18 sein. Ein gemeinsamer Unterricht von Knaben und Mädchen ist anzustreben. Auf Anschauung und Handfertigkeit ist in Hilfsschulen mehr Wert zu legen, als auf Rechnen und Wortwissen. Eine strenge Auslese und besondere Besoldung der Lehrer für Hilfsschulen ist notwendig.

5. Die schulentlassenen Hilfsschulzöglinge bedürfen einer weitgehenden und langjährigen Fürsorge durch Fürsorgevereine. (Berufsvormünder, Pfleger, Fürsorger).

6. Die Debilen und Imbezillen müssen nach ihrer Schulentlassung fern von der Großstadt in besonderen Anstalten zur Arbeit erzogen werden. Die Einrichtung von Arbeitslehrkolonien mit Anschluß an Lehrstellen und Familienpflege (bei Kleinmeistern) am besten unter ländlichen Verhältnissen ist zu fördern.

7. Die gesetzliche Fürsorgeerziehung hat große Mängel, zu deren Beseitigung die Mitwirkung von Psychiatern dringend nötig erscheint.

8. Die Führung von Personalbogen über Schwachsinnige in der Schule und von Fürsorgeregistern nach der Schulentlassung bis zur Mündigkeit ist zur Beobachtung, Behandlung und Versorgung von Schwachsinnigen erforderlich; sie sollen dazu bestimmt sein, die Armen- und Justizverwaltung und die Aushebungsbehörden sowie die Heeresverwaltung über die Fähigkeiten und den Charakter der Schwachsinnigen zu unterrichten.

Literatur.

Ammon, O., Die Gesellschaftsordnung und ihre natürlichen Grundlagen. Jena, G. Fischer, 1895.

Arbeitslehrkolonie, Die (Laquer, Sioli, Klnmker und Grohmann). Sonderabdruck aus d. Jahrb. der Fürsorge I. 1906. Verlag v. O. S. Boehmert, Dresden, 1906.

Aschaffenburg, Prof. Dr. G., Das Verbrechen und seine Bekämpfg. Heidelberg, C. Winter, 1906.

Bayerthal, Dr. (Worms), Jahresberichte über die schulärztliche Tätigkeit an den Hilfsklassen der städtischen Volksschule in Worms in den Schuljahren 1903/04 nnd 1904/05.

Bender, Th. Dr., Maß der Lehrpansen und Lehrziele an höheren Unterrichtsanstalten. Sonderabdr. aus Zeitschr. f. Gesundheitspflege XVII. Jahrg. 1904.

Berkhan, Dr. O., Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. Für Ärzte und Lehrer dargestellt. Braunschweig 1899, Fr. Vieweg & Sohn, 2. Aufl., 1904.

Bonhöffer, Prof. Dr. (Breslau), Beitrag zur Kenntnis des großstädtischen Bettel- nnd Vagabondentums. 1900, Berlin, J. Gnttentag.

Cassel, Dr. J. (Berlin), Was lehrt die Untersuchung der geistig minderwertigen Schulkinder im IX. Berliner Schulkreis? (Berlin, 1901, Oskar Coblentz.)

Doll, Dr. K. (Karlsruhe), Ärztliche Untersuchungen aus der Hilfsschule für schwachsinnige Schulkinder zu Karlsruhe. Karlsruhe, Macklot, 1902.

Eyerich, Dr. n. Loewenfeld, Dr., Beziehungen des Kopfumfanges znr Körperlänge und zur geistigen Entwicklnug. Wiesb., 1905, Verlag v. J. F. Bergmann.

Gastpar, Dr., Gntachten über die Schularztfrage in Stuttgart. Stuttgart, W. Kohlhammer, 1904.

Gelpke, Dr., Über die Beziehungen des Sehorgans zum jugendlichen Schwachsinn. Halle, Marhold, 1904.

Gesnnde Jugend, Zeitschr. f. Gesundheitspflege in Schule und Haus. B. G. Tenbner, Leipzig n. Berlin. I.—V. Jahrgang 1900—1905.

Grohmann, Ingenieur in Zürich, Die Beschäftigung von Nervenkranken. Stuttgart, 1899, Ferd. Encke.

—, Der Schwachsinnige und seine Stellnng in der Gesellschaft. 1900, Zürich, Ed. Bascher.

Huhn, E., Sächsische Schnlzeitnng. 1901. Nr. 22, 23, 24, 25 n. 26. Leipzig, J. Klinkhardt.

—, Mittel und Wege auch schwächer befähigte Kinder znr Erreichung des Zieles der einfachen Volksschule in den Hauptfächern zu bringen.

Kluge, Dr., Direktor d. Brandenb. Provinzialanstalt für Epileptische. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1906, Heidelberg, C. Winter.

Kohlrausch, Dr. jur. Ed.. (Prof. in Königsberg), Die Resultate der kammergerichtlichen Rechtsprechung über das Fürsorgeerziehungsgesetz. Sonderabd. aus d. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform, C. Winter, Heidelberg, 1904.

Laquer, Dr. L. (Frankfurt a. M.), Die Hilfsschulen f. schwachbefähigte Kinder, ihre ärztliche u. soziale Bedeutung. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Kraepelin, Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1901.

—, Über schwachsinnige Schulkinder. Halle a. S., Verlag von Karl Marhold, 1902.

—, Die Mitwirkung der Ärzte bei der Ausführung des Preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes vom 2. Juli 1900. (Sonderabdr. aus d. Vierteljahresschr. f. Ger. Medizin usw. 3. Folge XXVI. Supl. H.).

—, Über die Bedeutung der Fürsorgeerziehung für die Behandlung Schwachsinniger. Versamml.-Ber. d. Deutschen Ver. f. Psychiater. Jena, 1903.

Leubuscher, Prof. Dr., Staatliche Schulärzte. Berlin, 1902, Verlag von Reuther u. Reichard.

Maennel, Dr. Rektor, Vom Hilfsschulwesen. Aus Natur und Geisteswelt. Verl. v. B. G. Teubner, Leipzig, 1905.

Marr, Dr. med., Untersuchung der Zöglinge der Hamburger Hilfsschulen i. Jg. 1903. Arch. f. soz. Medizin u. Hygiene. I. Bd. 1905. (Verl. v. C. W. Vogel, Leipzig.)

Mannheim, 1905, Das Schulwesen in Sep.-Abz. aus d. Festschrift zur 30. Jahresvers. des Deutschen Vereins f. öffentl. Gesundheitspflege.

Meltzer, Dr., Die staatliche Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen. Sonderabdr. aus d. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 61, (Druck u. Verlag v. Georg Reimer, Berlin).

Moebius (Leipzig), Geschlecht u. Kopfgröße. Halle, 1903, C. Marhold.

Moenkemoeller, Dr. (Herberghe), Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt. (Allg. Zeitschr. f. Psychiatri, Bd. L. VI, S. 14).

Monti, Dr., Das Wachstum des Kindes von der Geburt bis einschl. der Pubertät. (Heft 6 d. Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen), Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1898.

Moses, Dr. Jul. ((Nauheim), Die sozialen Tendenzen der Hilfsschulen f. Schwachbefähigte. Sonderabdr. aus sozial. Medizin und Hygiene, Bd. P., 1906.

Oebbeke, Dr. u. Thiemich, Dr., Breslauer Schulärztl. Berichte. 1904/05.

Pestalozzischule, Jahresbericht der, (Simultane Bürgerschule f. Knaben u. Mädchen) über das Schuljahr 1905/06. Frankfurt a. M., Wilhelm Budde, 1906.

Petzold, Dr. Oberlehrer in Spandau, Sonderschulen für hervorragend Befähigte.

Polligkeit, W. II, Direktor der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge. Die Bedeutung der Berufsvormundschaft im Kampf gegen Verwahrlosung und Verbrechen. Sonderabdr. aus der Monatsschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtform. C. Winter, Heidelberg.

Rodenwaldt, Dr. Oberarzt, a) Aufnahme des geistigen Inventars Gesunder als Maßstab für Defektprüfungen bei Kranken-

(Sonderabdr. aus d. Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. XVII. Ergänzungsheft). b) Der Einfluß der militärischen Ausbildung auf das geistige Inventar des Soldaten. (Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. Bd. XIX. H. 1 u. 2).

Schlesinger, Dr. (Straßburg), Ästhesiometrische Untersuchungen und Ermüdungsmessungen an schwachbegabten Kindern. (Arch. f. Kinderheilkunde XII. 1900, H. 3/4.)

Schmid-Monnard, Dr. (Halle), Die Ursache der Minderbegabung von Schulkindern. Lit. aus Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1900. Nr. 10, (L. Von, Hamburg).

Schubert, Dr. Paul, Das Schularztwesen in Deutschland. Leop. Voß, Hamburg. Leipzig, 1905.

Seelig, Dr. (Lichtenberg), Psychiatr. Verein zu Berlin. Sitzungsber. v. 17. März 1906. Neurol. Zentralbl. Nr. 8, 1906.

Sioli, Dir. Dr. (Frankfurt a. M.), Erweiterte Aufgaben der großstädtischen Irrenfürsorge. (Deutsch. Verein f. Psychiatrie 1903. Versammlungsber. vor Jena).

Stier, Dr. Ewald, Über Verhütung u. Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Verl. v. Gebr. Lüdeking, Hamburg.

Thiemich, Dr., Über die Diagnose der Imbezillität im frühen Kindesalter. (D.M.W., 1900, Nr. 2).

Tippel, Dr. Kaiserswert, (Vortrag), Deutsch. Verein f. Psychiatrie. Ber. d. Jahresversamml. zu Dresden 28./29. April 1905. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 62. G. Reimer, Berlin.

Tuczek, Dr., Prof. in Marburg. Über das pathologische Element in der Kriminalität der Jugendlichen. Sonderabdr. aus d. Zeitschr. f. klin. Medizin. 53. Bd. 1904.

Weygandt Prof. Dr. (Würzburg), Leicht abnorme Kinder, 1905 Verlag v. C. Marhold, (Halle).

III.

Zur Symptomatologie der Tumoren des Hinterhauptlappens.

Von **Dr. Bernhard Rosenthal**, Berlin.

Von Herderscheinungen bei Tumoren des Hinterhauptlappens sind zu nennen:

1. Hemianopsie und Hemiachromatopsie; 2. Rinden- und Seelenblindheit; 3. Alexie; 4. optische Aphasie; 5. optische Reizerscheinungen.

1. Hemianopsie ist eine bei Tumoren des Hinterhauptlappens sehr häufige Erscheinung. So fand sie Becké[1]) unter den 45 von ihm zusammengestellten Fällen bei 78 %. Sie entsteht, sobald die optische Leitungsbahn an einer Stelle ihres Verlaufes vom Chiasma bis zur Okzipitalrinde unterbrochen wird. Da die Erkrankung hinter dem Chiasma liegt, ist die Hemianopsie eine homonyme, d. h. auf dem einen Auge fällt die nasale, auf dem andern die temporale Gesichtsfeldhälfte aus. Wie durch einen Tumor eines Okzipitallappens homonyme Hemianopsie erzeugt wird, entsteht durch Tumoren beider Hinterhauptlappen diese Affektion auf beiden Seiten oder, was dasselbe sagt, Verlust der Sehfähigkeit beider Augen. Doch ist diese Blindheit fast nie eine totale, sondern das zentrale Sehen ist meistens erhalten. Eine für alle Fälle zutreffende Erklärung dieser Erscheinung gibt es noch nicht. Nach einer Theorie tritt sie auf durch doppelte Vertretung der Macula in jeder Hemisphäre. Dem widerspricht die Tatsache, daß auch bei doppelseitiger kortikaler Hemianopsie die Maculagegend sehtüchtig zu bleiben pflegt.

Eine andere Erklärung gibt von Monakow: „Das Freibleiben des zentralen Sehens in der Mehrzahl der Fälle von beiderseitiger Hemianopsie ließe sich aber auch erklären, indem man annähme, daß die spezielle Repräsentationsstelle der Macula lutea im Cortex, die als besonders wichtige Region wohl auch mit Bezug auf die Zirkulationsverhältnisse besser als andere ausgestattet ist (Förster) gewöhnlich deshalb von der Läsion verschont würde. Die Erklärung kann aber selbstverständlich nicht für alle Fälle zutreffen.“

---

[1]) A. Becké, Die bei Erkrankungen des Hinterhauptlappens beobachteten Erscheinungen, mit spez. Berücksichtigung der okularen Symptome. Zeitschrift für Augenheilkunde. Bd. XI. S. 227.

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Anschauungen und des vorhandenen Materials kommt v. Monakow zu dem Schluß, daß der Stelle des schärfsten Sehens im Cortex ein besonders umfangreicher, wahrscheinlich die gewöhnlich angenommenen Grenzen der Sehsphäre ziemlich weit überschreitender, wenn auch nicht durch Linien abzugrenzender Oberflächenbezirk eingeräumt ist.

Ein weniger häufig als die Hemianopsie vorkommendes Symptom ist die Hemiachromatopsie, ein Zustand, bei dem die homonyme Hälfte der Retina beider Augen für Farben blind ist. Besonders werden die Farben rot und grün nicht erkannt, oder wenn auch erkannt, so doch nicht richtig benannt, da die Farbeneindrücke nicht imstande sind, das die Farbe bezeichnende Wort auszulösen (Farbenaphasie).

Ein anderes Symptom, die amnestische Farbenblindheit nach Wilbrand, besteht darin, daß die Patienten die Farbe eines ihnen gut bekannten Gegenstandes sich nicht vorstellen können. So bezeichnen sie z. B. die Blätter eines Baumes als schwarz. Veranlaßt wird die Hemiachromatopsie durch Erschwerung der Tätigkeit der Sehsphäre auf einer Seite.

2. Die sog. Rindenblindheit des Menschen unterscheidet sich nach v. Monakow von derjenigen bei Tieren dadurch, daß beim Menschen doppelseitige komplette Hemianopsie nicht notwendig den völligen Verlust der Gesichtsvorstellungen in sich schließt. Ferner bleibt bei der doppelseitigen corticalen Hemianopsie des Menschen die Macula lutea frei, bei den von Munk operierten Tieren nicht. Aus der Rindenblindheit des Menschen entwickeln sich, je nach Sitz und Ausdehnung des erkrankten Herdes, mehr oder weniger hochgradige psychische Störungen auf optischem Gebiet, so erschwerte Orientierung im Raum, Stumpfheit, Störung der Merkfähigkeit für optische Eindrücke, Verlust der optischen Einbildungskraft, optische Agnosie, das ist der Verlust der Fähigkeit, gesehene Dinge zu erkennen, und endlich optische Aphasie, das ist Verlust der Fähigkeit, gesehene Dinge zu benennen. Diese letzteren Störungen decken sich mit dem Begriff der Seelenblindheit. Ebenso wie das seelenblinde Tier sieht der seelenblinde Mensch die Gegenstände, aber er erkennt sie nicht wieder.

Bedingt wird die Seelenblindheit durch tiefgehende, ausgedehnte symmetrische Zerstörungen beider Hinterhauptslappen, besonders der lateralen Windungen, doch kann sie auch auftreten, wenn der Erkrankungsherd einseitig, und zwar auf der linken Seite gelegen ist. Nach nur rechtsseitiger Erkrankung des Hinterhauptlappens ist Seelenblindheit bis jetzt in keinem Falle beobachtet worden.

3. Ein weiteres Symptom der Tumoren des Hinterhauptlappens ist die Alexie. Unter 45 Fällen Beckés war sie bei 11% vorhanden.

Man versteht unter Alexie die Unfähigkeit der Patienten, ein Wort zu lesen, bzw. ein gelesenes Wort zu verstehen. Es gibt zwei Stufen der Alexie. Bei der ersten können die Patienten den einzelnen Buchstaben nicht lesen, bei der zweiten können sie die gelesenen Buchstaben nicht zu einem Wort zusammenbringen. Obwohl also diese Patienten nicht lesen können, ist ihre Fähigkeit zu schreiben intakt. So berichtet Bruns von einem 35jährigen Mann, bei dem sich schwere Allgemeinsymptome eines Tumor cerebri zeigten. Dieser Mann blieb, obwohl er nicht mehr lesen konnte, Buchhalter in einem Geschäft. Diese Patienten können also schreiben, können aber ihre eigenen Briefe nicht lesen.

Für das Symptom der Alexie sind verschiedene Erklärungen gegeben worden. Einige Autoren nehmen ein besonderes „Lesezentrum“ im Gyrus angularis an. Dort soll ein kleiner Rindenbezirk sein, in dem die Erinnerungsbilder der Buchstaben deponiert sein sollen. Die Ansicht wird von neueren Autoren (Bruns, Redlich, v. Monakow u. a.) verworfen, da sie aus allgemein anatomischen und physiologischen Gründen nicht zulässig sei.

Die anatomische Schädigung, durch die Alexie hervorgerufen wird, besteht nach v. Monakow unter Zustimmung vieler anderer Autoren in erster Linie in einem Ausfall bzw. in einer Schädigung von Assoziationsfasersystemen mehrerer Kategorien (sowohl der langen als auch der kurzen), namentlich im linken Parieto-Okzipitallappen.

4. Ein weiteres häufiges Symptom der Tumoren des Hinterhauptlappens ist die optische Aphasie. Man versteht darunter die Unfähigkeit der Patienten, die richtige Bezeichnung für gesehene Dinge und gelesene Worte zu finden. Sie erkennen die Gegenstände sehr wohl und finden das sie bezeichnende Wort, sobald sie Sachen betasten. Dieses Symptom findet sich, wenn Tumoren tief im Mark beider oder auch nur des linken Hinterhauptlappens sitzen. Durch diese Tumoren wird entweder das Zentrum der optischen Erinnerungsbilder zerstört oder der Verbindungsweg zwischen dem zentralen Sehzentrum und dem motorischen Sprachzentrum unterbrochen. Dieser zieht vom linken Hinterhauptlappen direkt durch den linken Fasciculus longitudinalis superior, vom rechten Hinterhauptlappen durch den rechten Fasciculus longitudinalis superior, von da durch die Balkenstrahlung zu derselben Stelle der linken Hemisphäre.

5. Optische Reizerscheinungen und Gesichtshalluzinationen fand Becké unter 45 Fällen 13mal. Unter dem Gefühl von Schwindel tritt Flimmern vor den Augen auf, das meist rasch zunimmt, bis nichts mehr gesehen wird. Die Anfälle dauern eine Viertel- bis eine halbe Stunde. Beide Augen werden in gleicher Weise

befallen in Form der Hemianopsie. Bruns[1]) schildert im „Neurologischen Zentralblatt“ einen Fall, bei dem eigenartige Gesichtshalluzinationen auftraten:

„Es handelt sich um einen 50jährigen Hauptmann a. D., der vor einigen Jahren vom Pferde gestürzt war und sich dabei eine Verletzung am Kopfe zugezogen hatte. Infolge davon entwickelte sich ein Tumor im Marke des linken Hinterhauptlappens, der rechtsseitige homonyme Hemianopsie veranlaßte. In der damals ausgefallenen rechten Gesichtshälfte hatten früher Reizerscheinungen und echte Sinnestäuschungen bestanden. Der Patient sah hier Funken, Lichter und Blitze, ferner Gestalten, die mit weit ausgestreckten Krallen von rechts auf ihn einstürmten.“

Diese Gesichtshalluzinationen und das Flimmern vor den Augen sind vorübergehende Erscheinungen; man meint sie auf Innervationsstörungen der Gefäße zurückführen zu können, deren Sitz im optischen Rindenfeld des Okzipitallappens sei. Die Zirkulationsstörung macht eine Reizung der optischen Elemente, welche nach den Gesetzen der Projektion das Flimmern in die Außenwelt verlegen, indem gleichzeitig die Perzeption der peripheren Eindrücke aufgehoben ist. Flimmern vor den Augen ist nicht immer auf eine organische Gehirnerkrankung zu beziehen. Es kann eine rein funktionelle Erscheinung sein und nur ausnahmsweise ist es der Vorbote eines Hirntumors, der dann bald zu Erblindung der betreffenden Netzhauthälfte führt. In der Literatur sind viele Fälle verzeichnet, bei denen als erstes Symptom eines Tumors des Hinterhauptlappens Flimmern vor den Augen und dann Erblindung eintrat.

Wenn also diese oben geschilderten Symptome vorhanden sind, kann man mit Sicherheit sagen, daß der Tumor im Hinterhauptlappen sitzt. Von dieser Lokalisation darf man sich nicht abbringen lassen dadurch, daß häufig Symptome auf andere Teile des Gehirns hinweisen. Denn außer den Lokalsymptomen macht fast jeder Tumor durch Druck auf seine Umgebung und die benachbarten Hirnpartien sowie durch Absperrung der Blutzufuhr zu denselben Symptome, die also nicht vom Tumor direkt ausgehen und als Nachbarschaftssymptome bezeichnet werden.

Die Nachbarschaftssymptome bei Tumor des Hinterhauptlappens können ausgehen 1. vom Schläfenlappen, 2. vom Scheitellappen, 3. von den Zentralwindungen und den von ihnen ausgehenden und zu ihnen hinführenden Leitungsbahnen, 4. vom Kleinhirn.

1. Durch Kompression des Schläfenlappens können dieselben Symptome ausgelöst werden, wie durch primäre Erkrankung desselben. Einen Tumor des rechten Schläfenlappens zu lokalisieren ist nicht

[1]) Bruns, Über zwei Fälle von Tumor im linken Hinterhauptlappen. Neurologisches Zentralblatt 1900, S. 586

möglich, da es keine ihm eigentümliche Symptome gibt. Ein Tumor des linken Schläfenlappens dagegen ist leicht und sicher aus sensorischer Aphasie zu erkennen. Dieses Symptom kann also auch als Nachbarschaftssymptom bei Tumoren des linken Hinterhauptlappens vorhanden sein.

2. Welche Erscheinungen durch Druck auf die Scheitellappen ausgelöst werden, ist wenig bekannt. Wernicke verlegt in den Scheitellappen das Zentrum für die Bewegung der Augen. Tatsächlich läßt sich auch durch Reizung dieser Rindenregion bei Tieren mit dem elektrischen Strom Bewegung der Augen hervorrufen, doch soll das ein Reflexvorgang sein, veranlaßt durch Reizung der optischen Rinde. Es ist aber sicher, daß durch Reizung der Rinde des Scheitellappens auch durch andere Einflüsse Augenbewegungen auftreten können. Ferner gehen wahrscheinlich direkt vom Scheitellappen Störnngen der Sensibilität aus.

3. Weit wichtigere und häufigere Nachbarschaftssymptome von Occipitaltumoren entstehen durch Druck auf die Zentralwindungen und die motorischen und sensiblen Leitungsbahnen im Gehirn. Denn hierdurch entstehen auf der dem Tumor entgegengesetzten Körperseite zunächst häufig sensible Störungen: Parästhesien (Kriebeln, Ameisenlaufen), Hypästhesien, Anästhesien, Störungen des Schmerz- und Temperatursinns, ferner Störungen des stereognostischen Sinnes und des Lagegefühls mit Ataxie (Bruns). Dann folgen oft Krämpfe tonischen und klonischen Charakters. Da Krämpfe durch Reizung motorischer Zentren der Hirnrinde entstehen, finden sich als Nachbarschaftssymptom der Hinterhauptstumoren, welche durch Druck die Rinde der Zentralwindungen in einem dauernden Reizzustand erhalten, anhaltende einseitige Krämpfe der oberen und unteren Extremität, eine sog. hemiplegische Kontraktur derselben.

4. Symptome von seiten des Kleinhirns, charakterisiert durch zerebellare Ataxie, sind selten, da das straffe und feste Tentorium zerebelli dem andrängenden Tumor nur wenig weicht und somit eine Kompression des Kleinhirns verhindert.

Als Nachbarschaftssymptome von Tumoren des Hinterhauptlappens finden sich also: sensorische Aphasie, monolateraleStörungen der Sensibilität und Motilität, Schwäche in den Extremitäten und schlaffe oder spastische Lähmungen derselben, sowie zerebellare Ataxie.

Ich lasse nun die Krankengeschichte eines Falles folgen, der im Beginn der Krankheit in der Augenklinik in Gießen, dann einige Tage in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, von da bis zu dem ein halbes Jahr später erfolgenden Exitus vom behandelnden Arzte Herrn Dr. A. beobachtet wurde.

Krankengeschichte
des Gerbereiarbeiters K. H. aus N. 65 Jahre alt.

Anamnese: Aus dem Begleitschreiben des Arztes geht hervor: Der Patient klagte in der letzten Zeit häufig über Kopfweh und Schwächegefühl in den Beinen. Bald darauf stellte sich Schwindelgefühl ein, das zuerst durch Arteriosklerose bedingt erschien. Von dieser Meinung ging der behandelnde Arzt aber ab, als er bei Untersuchung des Augenhintergrundes Veränderungen fand, die ihm als das Bild der Papillitis erschienen. Die Kopfschmerzen hatten sich in den letzten Tagen so gesteigert, daß eine Überweisung in die Klinik notwendig wurde. Patient wurde am 15. V. 05 in die Augenklinik aufgenommen und am 24. V. 05 in die Klinik für psychische und nervöse Krankheiten verlegt.

Vom Patienten selbst erfahren wir anamnestisch folgendes:

Heredität ist weder in der Aszendenz, noch in der Deszendenz festzustellen. Patient hat drei verheiratete Töchter, die gesund sind.

Er selbst will nur wenig krank gewesen sein. Er hat bereits als Kind etwas gestottert. 1870 war er als Menagefuhrmann mit im Krieg und machte danach schweren Typhus durch. Durch große Anstrengung beim Heben erwarb er einen Bruch. Seit etwa drei Wochen verspürt Patient häufig Kopfschmerzen, besonders in der Stirn, Schwäche in den Armen und Beinen, links mehr als rechts, sowie Schwindel. Patient will nie geschlechtskrank gewesen sein, nie einen größeren Ausschlag gehabt und nie eine Verletzung am Kopf erlitten haben.

Status praesens:

24. V. 05. Der Gang des Patienten hat spastischen Charakter. Das linke Knie und Fußgelenk werden nicht bewegt, auch passive Bewegungen desselben gelingen nicht, da hochgradige Steifigkeit besteht. Der Patient richtet sich mühsam im Bett auf und kann es ohne fremde Hilfe nicht verlassen. Der linke Arm wird dabei nicht benutzt, seine Muskulatur ist zum großen Teil im Kontrakturzustand. Patient bedarf auch beim Gehen der Stütze. Kniephänomene beiderseits gesteigert. Rombergsches Phänomen sehr ausgesprochen. Sprache stark alteriert.

Stimmung freundlich, gegenwärtig keine Schmerzen, jedoch Müdigkeit. Schläft bald nach der Mahlzeit ein und die ganze Nacht durch.

25. V. 05. Heute morgen ist der Patient heiter und freundlich, meint, es ginge ihm nun doch bereits viel besser, die Wärme im Bett müsse ihm gut getan haben. So wohl habe er sich lange Zeit nicht gefühlt.

Körperlicher Zustand:

Ziemlich großer Mann in schlechtem Ernährungszustand, in Anbetracht seines Alters jedoch rüstig.

Haut blaß bis auf die Hände, die cyanotisch verfärbt sind, besonders links. (Diese blaue Verfärbung soll schon lange bestehen und Folge von Erfrierung derselben sein, die er vor mehreren Jahren in der Gerberei erlitten hat.)

Links äußere Inguinalhernie.

Linker Arm und linkes Bein kürzer als rechts. (Patient gibt an, seit etwa einem Vierteljahr zu hinken.) Entsprechende kompensatorische Skoliose der Wirbelsäule, so daß der rechte Hüftknochen höher steht als der linke.

Schädel: Asymmetrisch. Rechtes tuber frontale mehr entwickelt als linkes. Linkes tuber parietale mehr als rechtes. Die Pfeilnaht verläuft schräg von links hinten nach rechts vorn.

Nasenwurzel weicht etwas nach rechts ab. Die Ohren sind gleich lang, nicht mißgestaltet.

Rechter Arcus superciliaris steht höher als linker, ebenso rechtes Auge, desgleichen rechter Arcus cygomaticus, der auch mehr entwickelt ist als der linke. Tiefe Querfurchen der Stirn von rechts oben nach links unten verlaufend.

Narben am Kopf sind nicht vorhanden.

Schädelmaße: Arcus biparietalis 30,0; Arcus frontooccipitalis 30,5; Diameter biparietalis 14,0; Diameter frontooccipitalis 18,5; Umfang 55,5.

Mundhöhle: Ohne pathologischen Befund. Gebiß sehr defekt.

Von seiten der Lunge, des Herzens und der Abdominalorgane nichts Auffallendes.

Puls: Gleichmäßig 72 pro Minute, etwas hart. Temporalarterien nicht palpabel.

Augen (Untersuchung in der Augenklinik):

Rechtes Auge: Sehschärfe $^5/_8$ stenop. Es ist blaß, reizlos, die brechenden Medien sind klar. Die Papille zeigt an dem temporalen Rande einen hellgelblichen Ring ähnlich einem halo glaucomatosus. Papille selbst etwas rötlich, aber noch in physiologischen Grenzen. Gefäße nicht abgeknickt, Venen ziemlich stark gefüllt, Arterien von normaler Form. — Leichte Atropin-Mydriasis.

Linkes Auge: Sehschärfe o.

Blaß, reizlos. Cornea klar, tiefe Vorderkammer. Iris zeigt totale hintere Synechie an die vordere Linsenkapsel. Linse total grauweiß, getrübt, scheint bereits etwas geschrumpft, da die Vorderkammer tief ist. Keine Drucksteigerung.

Gesichtsfeldaufnahme ergibt:

auf dem rechten Auge eine hochgradige Einschränkung nasalwärts. Die Farben blau und grün werden im nasalen Teil des Gesichtsfeldes oft verwechselt,

auf dem linken Auge fällt sie wegen der bestehenden Cataract negativ aus.

Pupille: Rechts reagiert prompt und ausgiebig auf Lichteinfall.

Links keine Reaktion (Cataracta).

Reflexe:

Kniephänomene gesteigert, links mehr als rechts. Das linke Bein wird nur minimal im Kniegelenk gebeugt und stark innerviert. Ober- und Unterschenkel geraten kurze Zeit in mäßig schnelle kurze Zuckungen bei Beklopfen der Kniesehne;

Achillessehnenreflex und Fußsohlenreflex ebenfalls links lebhafter als rechts. Auch beim Beklopfen der Achillessehne treten rechts die Zuckungen auf.

Cremaster-, Abdominal- und Pectoralreflexe fehlen.

Übrige Reflexe ohne besonderen Befund.

Sensibilität (die Angaben des Patienten sind nicht konstant).

Pinselberührungen werden rechts gut wahrgenommen, links an Rumpf und Extremitäten sehr unsicher.

Spitz und stumpf wird rechts überall gut unterschieden, links hat nur Schmerzempfindung statt (stumpf wird nur bei Druck wahrgenommen).

Unterscheidung von warm und kalt beiderseits nicht prompt, ohne typische Lokalisation.

Lagegefühl:

Rechts gut, links herabgesetzt.

Motilität:

Ganz eigentümlich steif und unsicher. Linke Körperseite nach links geneigt. Rumpf nicht vornüber gebeugt. Das linke Bein wird in ziemlich steifer Haltung mit steifem Fußgelenk etwas nachgeschleift.

Bei Gehversuchen:

Pro-, Retro- oder Lateropulsion besteht nicht. Eine gewisse Gleichgewichtslabilität ist vorhanden, jedoch wechselnd bei wechselnden Versuchen.

Beim Stehen:

Stehen mit leicht gespreizten Beinen gut möglich, beim Versuch, mit geschlossenen Beinen zu stehen, Umfallen nach der linken Seite.

Aktive und passive Beweglichkeit rechts gut, links gleichmäßig erschwert. Links tritt bei intendierten Bewegungen leichtes Zittern auf (in Arm und Bein).

Sprache:

Sehr wechselnd, bald fast ungehindert, bald gleichsam durch übertriebene Innervation stark gehindert, gleichzeitig auch stotternd, jedoch nicht skandierend.

Geringer Tremor der Finger, rechts mehr als links.

Leichter Nystagmus horizontalis.

Bei Bewegungen des linken Beines Mitbewegungen, besonders des linken Armes.

Idiomuskuläre Erregbarkeit nicht gesteigert.

Geistiger Zustand.

Die zeitliche Orientierung weist Lücken auf, die Schulkenntnisse sind mangelhaft, das Rechenvermögen ist sehr gering, wie aus den nun folgenden Fragebögen hervorgeht.

1. Fragebogen betreffend Orientiertheit usw.
2. Schema zur Prüfung der Schulkenntnisse.
3. Rechenbogen.

Fragebogen betr. Orientiertheit usw.

Name: K. H. **Datum:** 25. V. 05. **Wochentag:** Donnerstag. **Tageszeit:** 4 h. p. m.

1. Wie heißen Sie? K. H. (richtig).
2. Was sind Sie? Gerber (richtig).
3. Wie alt sind Sie? 65 Jahre, am 25. Februar 1840 geboren (richtig).
4. Wo sind Sie zu Hause? In Nassau (richtig).
5. Welches Jahr haben wir jetzt? 1905.
6. Welchen Monat haben wir jetzt? Mai.
7. Welchen Tag im Monat haben wir heut? vacat, 15. oder 16.
8. Welchen Wochentag haben wir heut? Donnerstag.
9. Wie lange sind Sie hier? Sonntag werden es 14 Tage (Datum weiß er nicht).
10. In welcher Stadt sind Sie? Gießen.
11. In was für einem Hause sind Sie? Klinik.
12. Wer hat Sie hierher gebracht? Der Friedrich, der Wärter aus der Klinik.
13. Wer sind die Leute in diesem Hause? Doktor, Professor, Kranke.
14. Wer bin ich? Doktor.
15. Wo waren Sie vor acht Tagen? In Nassau.
16. Wo waren Sie vor einem Monat? In Nassau.
17. Wo waren Sie vorige Weihnachten? In Nassau.
18. Sind Sie traurig? Jetzt ja, weil ich krank bin.
19. Sind Sie krank? Ja, ich bin nervenkrank, weil ich nicht gehen kann.
20. Werden Sie verfolgt? } Nicht gefragt.
21. Werden Sie verspottet? } Nicht gefragt.
22. Hören Sie schimpfende Stimmen? } Nicht gefragt.
23. Sehen Sie schreckhafte Gestalten? } Nicht gefragt.
24. Warum frage ich Sie dies alles? Weiß ich nicht.

Schema zur Prüfung der Schulkenntnisse.

Name: K. H. Datum: 25. V. 05. Tageszeit: 5 h. p. m.

1. Alphabet: a, b, c, d, f, g, h, y, z.
2. Zahlenreihe 712 — 715 — 718 — 725.
3. Monatsnamen: richtig.
4. Wochentage: richtig.
5. Vater unser: Kennt nur den Anfang.
6. Zehn Gebote: vacat.
7. :,: Deutschland :,: über alles: vacat.
8. Wie heißen die größten Flüsse in Deutschland? Lahn, Rhein, Mosel.
9. Wie heißen die Hauptgebirge in Deutschland: vacat.
10. Wie heißen die deutschen Bundesstaaten? vacat.
11. Wie heißt die Hauptstadt von:
    a) Deutschland? Berlin.
    b) Preußen? Berlin.
    c) Sachsen? vacat.
    d) Bayern? vacat.
    e) Württemberg? vacat.
    f) Hessen? vacat.
12. Zu welchem Staate gehören Sie? Zum preußischen (richtig).
13. Wer führte 1870 Krieg? Kaiser Wilhelm mit Napoleon.
14. Wer führte 1866 Krieg? vacat.
15. Wie heißt der jetzige deutsche Kaiser? Wilhelm II.
16. Wann starb Kaiser Wilhelm I.? vacat.

Rechenbogen.

Kopfrechnen.

Name: K. H. Datum: 25. V. 05. Tageszeit: 5 h. p. m.

Frage	Antwort	Zeit	Bemerkung	Frage	Antwort	Zeit	Bemerkung
1×3=	3			3—1=	2		
2×4=	8			8—3=	5		
3×5=	15			13—5=	vacat		
4×6=	24	langsam		18—7=			
5×7=	Soviel Verstand habe ich nicht mehr, mein Gedächtnis wird alle Stunden schwächer.			29—10=			
6×8=				40—13=			
7×9=				51—16=			
8×10=				62—19=			
9×11=				73—22=			
12×13=	vacat			84—25=			

Frage	Antwort	Zeit	Bemerkung	Frage	Antwort	Zeit	Bemerkung
2+ 2=	4			2: 1=			
3+ 4=	5			8: 2=			
4+ 6=	8			18: 3=			
5+ 8=	} vacat			32: 4=			
8+14=				50: 5=	} vacat		
11+20=	31			18: 6=			
14+26=				35: 7=			
17+32=	} vacat			56: 8=			
20+38=				81: 9=			
23+44=				110: 10=			

26. V. 05. Patient tendiert lebhaft nach Hause, meint, es würde hier nicht besser werden, ja wenn er nach Ems gehe, da brauche er wohl nur ein oder zwei Bäder zu nehmen, um gesund zu werden, da seien schon viele Leute von „steifen Knochen" geheilt worden. Er zeigt wenig Einsicht.

28. V. 05. Patient wird nach viertägigem Aufenthalt nach Hause entlassen, da er nicht zu bewegen ist, länger in der Klinik zu bleiben.

Zu Hause wird er von Herrn Dr. A. weiter behandelt, der in drei Berichten den weiteren Verlauf der Krankheit schildert.

Ich gebe die Daten der einzelnen Berichte an, damit aus denselben die zeitliche Entwicklung der Krankheit hervorgeht:

Bericht vom 14. Juni 1905:

Die Lähmung der linken Seite hat erheblich zugenommen. Das Gesicht ist besonders stark befallen. Arm und Bein sind deutlich paretisch. Die Sensibilität ist ebenfalls erheblich gestört. Das Allgemeinbefinden läßt zu wünschen übrig.

Bericht vom 26. Juni 1905:

Die Krankheitserscheinungen haben sich erheblich verschlimmert. Seit acht Tagen ist Patient beständig bettlägerig und nimmt sehr wenig Nahrung zu sich. Der Schlaf ist schlecht. Das Bewußtsein ist zeitweilig getrübt, die Sprachstörung hat noch zugenommen. Patient ist zeitweilig verwirrt. Die Lähmungserscheinungen sind weiter fortgeschritten. Der linke Arm, der bei Rückkehr des Patienten noch bis zur Horizontalen gehoben werden konnte, wird jetzt mit großer Mühe nur noch etwa um 20 cm erhoben. Das Bein ist noch etwas besser beweglich. In der Wadenmuskulatur zeigen sich sowohl links wie rechts häufig auch in der Ruhe Zuckungen einzelner Muskeln. Patellarreflex beiderseits noch etwas gesteigert, aber nicht sehr lebhaft. Tast- und Schmerzempfindung links wesentlich herabgesetzt, jedoch scheint die offenbare Verminderung der Intelligenz eine genaue Beobachtung zu beeinträchtigen. Wenn die Nahrungsaufnahme derartig schlecht bleibt, dürfte der Exitus in absehbarer Zeit zu erwarten sein.

Bericht vom 12. November 1905.

Der Zustand des Patienten ist im allgemeinen der gleiche geblieben, nur bildete sich mehr und mehr Abmagerung und große Schwäche heraus, so daß der Patient fast stets, in den letzten vier Wochen immer, zu Bett liegen mußte. Der gelähmte linke Arm wurde fest kontrakturiert gehalten, das linke Bein war gestreckt. Reflexe unverändert. In der letzten Woche klagte Patient oft über starke Schmerzen in Arm und Bein, oft auch über Kopfschmerzen, jedoch nicht zu starke. Das Sen-

sorium war zeitweilig tagelang stark getrübt, so daß Patient irre Reden führte, niemand erkannte, Unruhe zeigte, fort wollte usw. Dann wieder war er klarer, unruhige Bewegungen mit den Händen auf der Bettdecke kamen jedoch fast stets vor. Patient riß den Vorhang und das Bettzeug entzwei. Zeitweilig schrie er laut und machte nachts großen Lärm. Er schlief wenig, doch änderte sich der Zustand häufig. Erbrechen hatte der Kranke nie. Die Nahrungsaufnahme war lange Zeit sehr schlecht. Puls gewöhnlich 60—68, erst in den letzten drei Tagen 120 und mehr. In den letzten Wochen bildete sich ein starker Decubitus am Kreuzbein und an den Schulterblättern aus. Am 10. November 4 Uhr nachmittags erfolgte der Tod.

Die Sektion wurde vom behandelnden Arzte ausgeführt und das Gehirn der Klinik eingesandt. Das Rückenmark konnte nicht seziert werden.

Beschreibung des Gehirns.

An der Oberfläche des Gehirns ist wenig zu bemerken. Die Gyri sind abgeflacht, die Sulci verstrichen. Die Venen erscheinen stark gefüllt. Die rechte Hemisphäre ist etwas größer als die linke. Der hintere Pol des rechten Okzipitallappens fühlt sich verhärtet an. An derselben Stelle fällt eine dunkle Verfärbung der Gehirnsubstanz auf, die sich auf dem Durchschnitt als Tumor erweist. Der Tumor hat kuglige Gestalt, sein Durchmesser beträgt 3 cm. Er nimmt den ganzen Cuneus ein, die Gehirnrinde dort gänzlich zerstörend. Unterhalb der Fissura calcarina erscheint die Gehirnsubstanz in mäßiger Ausdehnung erweicht. Der Tumor beginnt in der Rinde des Cuneus und erstreckt sich lateralwärts bis zur medialen Wand des Hinterhorns. Je weiter die Frontalschnitte durch das Gehirn vom hinteren Pol entfernt sind, desto kleiner wird der Durchschnitt des Tumors, desto mehr rückt er von der medialen Rinde in die Markssubstanz des Hinterhauptlappens. In der Höhe des Splenium corporis callosi umgibt ein Erweichungsherd das Hinterhorn des rechten Seitenventrikels von allen Seiten. Der Erweichungsherd spitzt sich nach vorne immer mehr zu, so daß 1 cm vor der Höhe des Splenium corporis callosi nur einige dunkelblaue Tupfen in dem den Seitenventrikel von oben umgebenden Mark zu sehen sind.

In der linken Hemisphäre ist keinerlei Veränderung. Im hintersten Teil des Balkens findet sich, da wo die Strahlung desselben den linken Seitenventrikel begrenzen hilft, ein etwa bohnengroßer dunkler Fleck, der als Erweichungsherd anzusprechen ist. Er überschreitet die Medianfläche nur wenig. Sonst findet sich an dem Balken keine Veränderung.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Gliom handelte.

Epikrise.

Betrachten wir noch einmal zusammenfassend die einzelnen Symptome, die das Krankheitsbild liefert und untersuchen wir ihren diagnostischen Wert.

Wie aus der Anamnese hervorgeht, handelte es sich um einen bis dahin nur einmal krank gewesenen 65jährigen Mann, bei dem plötzlich häufige Kopfschmerzen, Schwindel und Schwächegefühl in den Beinen auftraten. Diese Angaben ließen eine organische Erkrankung vermuten, und zwar deuteten sie auf das Gehirn hin.

Die körperliche Untersuchung bestätigt diese Vermutung und ließ den Sitz der Erkrankung näher bestimmen. Es zeigte sich nämlich

Störung der Sensibilität und Motilität ausschließlich auf einer Seite. Für intracranielle Erkrankung sprach auch die verdächtige Papille des linken Auges sowie die erhöhte Füllung der Venen des linken Augenhintergrundes.

Gleich im Anfang war die aktive und passive Beweglichkeit des linken Fußes nicht möglich, der linke Arm war paretisch, wurde später aber fest kontrakturiert gehalten. Diese Symptome wiesen auf eine Erkrankung der rechten Hemisphäre hin.

Die Untersuchung des Gesichtsfeldes, die infolge der auf dem linken Auge bestehenden Cataract nur rechts vorgenommen werden konnte, ergab hochgradige Einschränkung des Gesichtsfeldes nasalwärts und Hemiachromatopsie, ein Befund, der für Schädigung des rechten Hinterhauptlappens spricht.

Der Puls war etwas verlangsamt, die Papille, wie oben erwähnt, verdächtig auf Stauungspapille, der Patient litt, wie aus der Anamnese hervorgeht, an Kopfschmerz und Schwindel. Aus diesen Symptomen konnte die Diagnose Tumor cerebri gestellt werden; bestärkt wurde sie aus dem psychischen Befund: Es fand sich, daß der Patient zeitlich nicht orientiert war, daß seine Schulkenntnisse außerordentlich lückenhaft und die Resultate des Rechenversuchs sehr ungünstig waren. Auch die starke Benommenheit, die unterbrochen wurde von Erregungszuständen, dann die wirren Reden und die lang anhaltende Bewußtlosigkeit ließen sich sehr wohl im Sinne dieser Diagnose verwenden. Aus dem oben erwähnten Befund des Gesichtsfeldes zusammen mit den andern Symptomen war die Diagnose eines Tumors des rechten Hinterhauptlappens gesichert.

Dieser Tumor mußte auch die innere Kapsel entweder ergriffen oder aber durch Kompression derselben Nachbarschaftssymptome ausgelöst haben. Denn nur so sind die anderen krankhaften Erscheinungen zu erklären.

Es fand sich nämlich spastischer Gang und Schwächegefühl in den Beinen, Kontraktur des linken Armes und Beines, Verkürzung beider und Neigung des Körpers nach links. Die Reflexe waren, soweit sie überhaupt vorhanden waren, links gesteigert; links fand sich ferner Patellar- und Fußklonus.

Ebenfalls auf eine Schädigung der inneren Kapsel deuteten die Störungen der Sensibilität hin: Spitz und stumpf konnte links nicht unterschieden werden, Pinselberührungen wurden links nur unsicher empfunden, das Lagegefühl war links herabgesetzt.

Die oben entwickelte Diagnose Tumor des rechten Hinterhauptlappens unter Mitbeteiligung der inneren Kapsel wurde durch die Sektion bestätigt.

I.

Assoziationen bei Geisteskranken.

Von Dr. L. **Bouman,** Direktor der Irrenanstalt „Bloemendaal“
in Loosduinen (Holland).

Die experimentelle Psychologie hat schon eine stattliche Reihe von Arbeiten über Assoziationen geliefert. Die Resultate haben aber bei weitem nicht allen Erwartungen entsprochen. Eine der hauptsächlichsten Ursachen dafür muß m. E. darin gesucht werden, daß man der Kompliziertheit der Bedingungen, unter denen man arbeitete, nicht genügend Rechnung trug. Die Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Resultate häufen sich noch ungemein, wenn man die Experimente bei Geisteskranken macht, und es kann vor allem auf diesem Gebiet vor voreiligen Schlüssen nicht genug gewarnt werden. Man bewirkt sonst leicht das Gegenteil von dem, was man hofft, daß nämlich die experimentelle Psychologie immer mehr den ihr gebührenden Platz in der Psychopathologie sich erringen werde.

Auf diesem Gebiet heißt es vor allen Dingen vorsichtig zu wägen, und nur dann etwas bestimmtes zu sagen, wenn man sich gegen die verschiedenen Fehlerquellen gedeckt hat.

„Bedingung experimenteller psychopathologischer Arbeit ist ein gewisses Maß von Arbeit seitens der experimentellen Normalpsychologie,“ sagt Helpach in seiner jüngst erschienenen Arbeit im „Archiv für die gesamte Psychologie“ (VII. Bd., III. u. IV. Heft, S. 192), und von diesem Grundsatz bin ich auch bei meinen Studien ausgegangen.

In der unter Leitung von Prof. Winkler erschienenen Dissertation von Dr. van der Plaats (Amsterdam 1898) sind die Resultate aufgezeichnet, die er mit der sogenannten Antwortmethode bei 34 Versuchspersonen mit einfachen einsilbigen Reizworten erhalten hatte. Weil die Mehrzahl der Versuchspersonen gebildete Leute waren (meistens Studenten oder Ärzte), mußte meine Vorarbeit darin bestehen, daß ich diese Versuche auf andere soziale Gruppen, und zwar von niedriger Bildung, ausdehnte. Dafür wählte ich das Pflegepersonal, und zwar in zwei Kategorien, eine Gruppe von Personen, die unmittelbar in den Dienst eingetreten waren und eine andere Gruppe, die nach mindestens dreijähriger Lehr-

zeit das Diplom von Pflegern und Pflegerinnen im psychiatrischen Dienst erworben hatten.

Die Pflegerinnen, die zu der ersten Gruppe gehörten, waren Mädchen einfacher Herkunft, und ich hatte mich mit Hilfe der Fragebogen von Sommer über die Schulkenntnisse einigermaßen vergewissert, wie weit ihre Bildung reichte. Bei der zweiten Gruppe gaben die Resultate der Prüfung und der Kurse eine Handhabe zur Kontrolle der Intelligenz der Versuchspersonen, während zugleich ihre Eigenschaften im Dienste mit in Berechnung gezogen wurden.

Endlich gaben mir Untersuchungen an Schulkindern mit denselben Reizworten Gelegenheit zur Vergleichung mit anderwärts erreichten Resultaten. Diese Kinder waren Mädchen aus der sechsten Klasse einer Volksschule in Amsterdam und gehörten zur bemittelten Bevölkerungsklasse.

Van der Plaats hatte bei 35 Versuchspersonen und $\pm$ 10000 Assoziationen gefunden, daß die Mehrzahl der Menschen in mehr als 50 Prozent Koordinationen zu Assoziationen wählt. Neben diesem Typus fand er noch drei andere Typen, und zwar erstens den Typus, der in Prädikativen, zweitens den Typus, der in Wortergänzungen und drittens den Typus, der in Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen assoziiert. Identitäten und sinnlose Assoziationen kamen stets in geringer Anzahl vor.

Diese Einteilung deckt sich im großen und ganzen mit der von Aschaffenburg. Auf Grund von theoretischen Betrachtungen hatte van der Plaats den Unterschied zwischen internen und externen Assoziationen fallen gelassen, und obwohl ich diese Ansicht nicht teile, hatte die Erfahrung mich gelehrt, daß es in vielen Fällen unmöglich ist, die Scheidung in interne und externe Assoziationen streng durchzuführen.

In der Hauptsache wird also von Koordinationen gesprochen, wenn an ein Substantivum ein anderes assoziiert wird, das mit dem ersten auf bestimmte Weise in Beziehung steht. Nur wenn die Substantive die Stelle von Adjektiven einnahmen, wurden sie zu den Prädikativen gerechnet. Für die anderen Gruppen braucht keine nähere Erklärung gegeben zu werden; sie sind aus den Arbeiten Aschaffenburgs genügend bekannt.

Es war mir aber nicht möglich, bei meinem Material an Versuchspersonen geringerer Bildung mit der genannten Einteilung auszukommen. Die sechs Gruppen mußten um drei neue Gruppen vermehrt werden: 1. die zweckbestimmenden Assoziationen; 2. die Wiederholungen (auch bei Aschaffenburg) und 3. die nichtbeantworteten Reizworte. Die erste Gruppe ist auch durch Ranschburg hervorgehoben worden, es sind Reaktionen wie: Brot — zum essen, Wasser — zum waschen usw. Als Unterabteilung

der Prädikativa habe ich die „besonderen“ Prädikativa gelten lassen, für Reaktionen wie: Sterne — am Himmel, Kopf — eines Menschen, Kuh — die geschlachtet wird.

Die drei neuen Gruppen kamen da am meisten vor, wo die Bildung am geringsten war. Dasselbe galt für die „besonderen“ Prädikativen. Diese waren weder bei den Versuchspersonen von van der Plaats, noch bei den Schulkindern vorhanden und bei dem Pflegepersonal in größerer Anzahl bei den Aspiranten als bei den Diplomierten. Derselbe Unterschied wurde für die Anzahl der verschiedenen Koordinationen gefunden, wenn diese in der Mehrzahl waren. Der allgemeine Satz, daß die meisten Menschen in der Mehrzahl Koordinationen wählen, wie van der Plaats das formuliert hatte, bestätigte sich für das Pflegepersonal und die Schulkinder nicht, bei den Aspiranten waren die Verhältniszahlen 11/24, bei den Diplomierten 8/27, während die Schulkinder eine besondere Stelle einnahmen infolge ihrer Bevorzugung von Prädikativen (speziell Adjektiven). Nur drei von den 27 Versuchspersonen hatten in der Mehrzahl (resp. 50,3 %, 50,6 % und 56 %) Koordinationen.

Was nun die Anzahl der verschiedenen Koordinationen angeht, wenn diese in der Mehrzahl waren, so gaben die 23 Versuchspersonen von van der Plaats, für die dieser Fall zutraf, nur eine, die weniger als 80 % verschiedene hatte. Bei den Aspiranten waren die Zahlen 3/11, bei den Diplomierten 1/8. Bei den genannten 23 Versuchspersonen von van der Plaats hatte die Mehrzahl (13 auf 23) mehr als 90 % verschiedene Koordinationen — bei den Aspiranten 1/11 und bei den Diplomierten 1/8.

Diese Zahlen sind von Interesse für das, was ich bei den Geisteskranken gefunden habe, weshalb ich später darauf zurückkommen muß.

Die erste Serie von Untersuchungen über Assoziationen bei Geisteskranken ist aufgenommen in die Verhandlungen der königlichen Akademie von Wissenschaften in Amsterdam (Amsterdam, Johannes Müller, 1905). Sie betrafen 45 Versuchspersonen, welche von Juni 1899 bis April 1900 in der Frauenabteilung der Anstalt „Bloemendaal“ in Loosduinen Aufnahme fanden. Obschon bei diesen Patienten schon Fälle von Dementia paralytica vorkamen, wurden noch einige an dieser Krankheit leidende Männer hinzugenommen. Es waren alle Patienten dritter Klasse. Auch hier wurde die Antwortmethode angewendet mit denselben Reizworten (300 in drei Sitzungen). Zum Vergleich wurden in Genesungsfällen die Reaktionen bei Aufnahme und bei Entlassung registriert, bei anderen Fällen ein Jahr nach der Aufnahme, mitunter auch mehrmals in einem Jahre.

Wenn die Koordinationen in mehr als 50 % vorhanden waren, dann wurde die Anzahl der verschiedenen berechnet. Wurden dreihundert

Reizworte im Verlauf einer Woche zugerufen, und ergaben die Reaktionen eine Mehrheit von Koordinationen, so wurden die sich ergebenden drei Gruppen mit a, b und c bezeichnet und die Anzahl der verschiedenen Koordinationen bei a + b + c ward **Koordinationstaxe** genannt.

Die Resultate der Versuche bei Geisteskranken weichen in vielerlei Hinsicht ab von denen bei Normalen. Der Einteilung **Kraepelins** folgend, haben wir Folgendes für die verschiedenen Psychosen gefunden.

Die Koordinationen wurden nur in 1/5 der Reaktionen in der Mehrzahl gefunden. Die Fälle, die dazu gehörten, gaben zum größten Teile eine günstige Prognose: drei Fälle von Amentia, drei Fälle von man. depr. Irresein und zwei Fälle von hysterischem Irresein. Es gehörten aber ein Fall von Dementia praecox, ein Fall von Imbezillitas und zwei Paranoiker auch dazu.

Die Anzahl verschiedener Koordinationen gab durchschnittlich niedrigere Prozente als bei den normalen Versuchspersonen (Tabelle I).

Tabelle I.

Anzahl verschiedener Koordinationen.

1. Aspiranten.

I 86 %, IV 72 %, V 73 %, X 75 %, XVI 86 %, XVII 81 %, XVIII 85 %, XIX 83 %, XX 87 %, XXIII 90 %, XXIX 93 %.

2. Diplomierten.

a) X 88 %; b) II 90 %, VI 98 %, X 82 %; c) II 83 %, VII 77 %, VIII 88 %, XI 88 %.

3. Geisteskranke.

I a 79 %, b 71 %, c 76 %, ∞'/ 60 %.
III a 98 %.
VI a 80 %, b 70 %, c 74 %, ∞ 58 %; a' "/ 76 %, b' 81 %, c' 73 %, ∞ 65 %.
VII a 98 %.
VIII a 94 %.
XV a 78 %, b 76 %, c 84 %, ∞ 70 %; a' 78 %, b' 84 %, c' 85 %, ∞ 69 %.
XXXII a 74 %, b 70 %, c 68 %, ∞ 61 %; α '"/ 66 %; α' 59 %.
XXXVIII b 93 %, c 81 %; a' 81 %, b' 90 %, c' 86 %, ∞ 77 %; a" 90 %, b" 89 %, c" 94 %, ∞ 83 %.
XLII b 93 %, c 78 %; α 86 %.
XLIII b' 82 %, c' 76 %.
XLV c 72 %; a' 82 %, b' 80 %, c' 80 %, ∞ 67 %.

4. Versuchspersonen van der Plaats.

III 79 %	X 88 %	XV 93 %	XXIII 99 %	XXVIII 91 %
V 89 %	XI 92 %	XVII 88 %	XXIV 88 %	XXIX 90 %
VII 87 %	XII 92 %	XVIII 82 %	XXV 97 %	XXX 95 %
VIII 85 %	XIII 93 %	XX 92 %	XXVI 80 %	
IX 91 %	XIV 95 %	XXI 95 %	XXVII 92 %	

'/ ∞ bedeutet Koordinationstaxe.

"/ a', b' und c' bedeutet, daß die Reizworte zum zweiten Male zugerufen sind, a" b" c" zum dritten Male.

'"/ α bedeutet, daß eine Gruppe von 100 Reizworten zugerufen waren, die aus den 300 gewählt waren.

Berechnet man die Koordinationstaxe (∞), dann findet man in vielen Fällen ein bedeutendes Sinken der Prozente, in dem genannten Falle von Dementia praecox bis zu 60 %.

Prädikativa, ausschließlich bestehend aus Adjektiven, Verben und Substantiven kamen nur in fünf Fällen vor und dann nur vereinzelt. Außer demselben oben genannten Ausnahmefall von Dementia praecox waren es alle Genesungsfälle (zwei Fälle von Amentia und zwei Fälle von hysterischem Irresein).

Affektassoziationen unter den Prädikativen kamen am meisten vor bei einem Falle von hysterischem Irresein, weiter bei drei Fällen von Amentia und einem Falle von Paranoia. Die besonderen Prädikativa, schon hervorgehoben bei dem Pflegepersonal, waren in den untersuchten Fällen beinahe stets vorhanden.

Zweckbestimmende Assoziationen kamen durchgehends da am meisten vor, wo die besonderen Prädikativa vorhanden waren, eine Erfahrung, die sich ebenfalls bei dem Pflegepersonal bestätigt hat. Die Untersuchung der Schulkenntnisse ergab in diesen Fällen viele Fehler und unbeantwortete Aufgaben.

Wortergänzungen wurden in mehr als 50 % gefunden bei zwei Fällen, beide Genesungsfälle: ein Fall von hysterischem Irresein und ein Fall von Amentia.

Klangassoziationen kamen vor während eines maniakalischen Exaltationsstadiums in einem Falle von manisch-depressivem Irresein und weiter bei progressiver Paralyse, als Reaktionen auf vorhergehende Assoziationen.

Eine Versuchsperson, ein Fall von Dementia praecox, hatte so viele Sprachreminiszenzen, daß sie dadurch eine besondere Stelle einnahm.

Identitäten waren stets nur vereinzelt vorhanden.

Wiederholungen der Reizworte wurden bei zwei Kategorien gefunden, bei einem Falle von Imbezillität und bei verschiedenen Fällen von Dementia praecox und progressiver Paralyse einerseits, und bei vier Patienten mit Erscheinungen von Hemmung (alle gehörend zum manisch-depressiven Irresein) und einem Falle von Amentia andererseits.

Dieselben Kategorien konnten für die nichtbeantworteten Reizworte unterschieden werden.

Sinnlose Assoziationen wurden bei Dementia praecox und bei progressiver Paralyse gefunden.

Die letzte Gruppe sind die Sätze und Wortreihen, die nur bei den Geisteskranken vorkamen und bei den normalen Versuchspersonen nicht; oder, was die Sätze angeht, sehr vereinzelt.

Nimmt man die Fälle von Paranoia, hysterischem Irresein, Dementia und manisch-depressivem Irresein auf die eine Seite und die

Fälle von Dementia praecox, Imbezillität, epileptischem Irresein, Dementia post apoplexiam und progressiver Paralyse auf die andere Seite, dann zeigt sich, daß Sätze und Wortreihen bei der letzten Gruppe in großer Anzahl gefunden wurden, bei der ersten Gruppe nur ausnahmsweise.

In allen Fällen, wo die Sätze vorkamen, fand man auch die besonderen Prädikativen, mitunter war es schwer, zwischen beiden zu unterscheiden.

Zuweilen wurde die Bedeutung der einfachen Reizworte nicht verstanden. Dieses fand man bei einem Falle von epileptischem Irresein, bei einem Falle von Dementia post apoplexiam und endlich bei einem Falle von Dementia praecox, lauter Personen von niedriger Bildung.

Die Wiederholungsmethode, in kürzeren oder längeren Intervallen angewendet, gab bei den chronischen Patienten nicht viel Besonderes. In den Genesungsfällen war öfters Verbesserung wahrzunehmen. Bei einem Falle von manisch-depressivem Irresein konnte der Übergang in Genesung an den Assoziationen demonstriert werden.

Ein Fall von Dementia praecox nimmt eine besondere Stelle ein durch die große Anzahl der Gesichtsvorstellungen (ungefähr alle Reaktionen). Es wurden bei dieser Versuchsperson wiederholt Gesichtshalluzinationen wahrgenommen.

Mehrmals konnten typische Assoziationen notiert werden u. a. bei progressiver Paralyse und manisch-depressivem Irresein, auch bei einem Falle von Imbezillität, wobei die hervorstechendsten Symptome in den Assoziationen zutage traten.

Interessant ist auch eine Vergleichung zwischen den Exaltationsstadien bei je einem Falle von Katatonie und manisch-depressivem Irresein. Bei Katatonie fand man Stereotypien, abwechselnd mit Gruppen gewöhnlicher Assoziationen.[1] Überdies fand man nicht zusammenhängende Vorstellungsgruppen, die sich reimten. Weiter zeigte sich das Manierierte in den Definitionen, die die Versuchsperson öfters gab, auch trat der Affekt zutage, der sie beherrschte.

Bei dem manisch-depressivem Irresein fand man Klangassoziationen und Wortergänzungen, allein oder in Sätzen, und bei den Klangassoziationen einzelne, bei denen nur Teile des Reizwortes für die Reaktionen genügten.

Bei den sprunghaften Reaktionen konnte später ausgemacht werden, welche Ketten übersprungen waren; die Inkohärenz der Vorstellungen war bei der Katatonie entschieden viel höher. Wiederholt kamen Verkleinerungswörter vor, aber nicht das Manierierte wie bei Katatonie.

Wollten wir charakteristische Assoziationsformen für bestimmte Krankheitsbilder angeben, dann würde man keine Form nennen können,

---

[1]) Vgl. Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden Seite 365.

was auf der Hand liegt. Ein Krankheitsbild wie manisch-depressives Irresein z. B. hat maniakalische und depressive Perioden mit ganz verschiedenen Wortreaktionen; man kann deswegen bei diesem Krankheitsbilde nur von Assoziationen in maniakalischen und depressiven Zuständen sprechen.

Die Krankheitsbilder, welche zur Dementia praecox gerechnet werden, haben nur das gemeinsam, daß sie in den überaus meisten Fällen in eigenartige Zustände von psychischer Schwäche übergehen. Die verschiedenen Variationen werden auch auf dem Gebiete der Assoziationen zutage treten. Wie wenig klar umschrieben sind auch die Krankheitsbilder der Imbezillität und des hysterischen Irreseins!

Das Vorhergehende dürfte genügen, um das Fehlen von ganz bestimmten Assoziationsformen für bestimmte Krankheitsbilder verständlich zu machen. Eine Ausnahme bildet das maniakalische Exaltationsstadium bei dem manisch-depressivem Irresein, wobei sich eine große Anzahl Klangassoziationen fanden.

Die beiden Paranoiker, die als Versuchspersonen fungierten, verdienen eine besondere Erwähnung. Sie gaben Reaktionen, die so deutlich unterschieden waren von denjenigen, welche bei Dementia paranoides und anderen verwandten Formen sich fanden, daß sie dadurch jedesmal zu den Ausnahmen gehörten. Sie waren bei der Gruppe, die mehr als 50 % Koordinationen stellte, hatten öfters mehr als 80 % verschiedene und waren bei denjenigen Personen, die die besten Schulkenntnisse zeigten. Besondere Prädikativa waren in verschwindend kleiner Anzahl da. In den Assoziationen unterschieden sie sich in keiner Weise von dem bei den Normalen gefundenen (z. B. bei den Aspiranten).

Vergleicht man damit die Resultate bei den Fällen von Dementia paranoides, dann sind die Unterschiede nicht zweifelhaft. Hier finden sich besondere Prädikativa, zweckbestimmende Assoziationen in großer Anzahl, ebenso Sätze und unter der geringen Anzahl der Koordinationen viele gleiche. Diese Besonderheiten machen es plausibel, warum die genannten Fälle in die Gruppe der Dementia praecox statt in die Paranoiagruppe eingereicht wurden.

Die besonderen Prädikativa und die zweckbestimmenden Assoziationen müssen als niedrigstehende (s. v. v.) Assoziationen aufgefaßt werden. Ist einmal die Konstellation da, dann kann sehr oft Perseveration beobachtet werden. Wie aus Versuchen verschiedener Forscher hervorgeht, geben junge Kinder auch oft bei ihren Definitionen den Zweck des Objektes an und den Gebrauch, der von ihm gemacht wird. Je älter die Kinder sind, desto mehr verschwindet dieses Verhalten. Wie schon erwähnt, kamen die Wiederholungen und nicht beantworteten Reizwörter sowohl bei angeborner und erworbener Demenz wie bei den Hemmungszuständen vor. Das stimmt überein mit der Erfahrung,

daß die Zustände von Hemmung oder von funktioneller Erschöpfung zur Verwechslung mit Demenz Veranlassung geben können, wenn man nicht den ganzen Verlauf der Krankheit und die begleitenden Symptome ins Auge faßt.

Diese Resultate beweisen, daß die experimentelle Methode der Assoziationen zurzeit noch nicht soviel leistet, wie man vielleicht erwartet hat. Und selbst diesen Resultaten gegenüber kann man Zweifel hegen, im Hinblick auf die geringe Anzahl der Versuchspersonen (45). Um diesem Einwand einigermaßen zu begegnen, habe ich bei einer neuen Gruppe von 55 Versuchspersonen mit denselben Reizworten experimentiert und die Reaktionen auf die gleiche Weise wie früher registriert. Damit ist also die Zahl der Versuchspersonen auf 100 gestiegen, wodurch die Resultate, soweit sie sich bestätigten, mehr an Gewißheit gewonnen haben. (Siehe die Tabellen am Schluß.)

Ebenso wie bei der ersten Serie waren die Versuchspersonen, die in mehr als 50 % Koordinationen als Reaktionen wählten bei weitem in der Minderheit. Von den 55 Versuchspersonen gehörten elf, also gerade 1/5, dazu. Es waren dabei fünf Fälle von manisch-depressivem Irresein (vier Melancholien und eine Manie), zwei Fälle von paranoiden Ideen bei Tabes bzw. Hemiplegie, vier Fälle von Dementia paranoides. Mehr als 50 % Koordinationen waren bei diesen Fällen in allen Sitzungen vorhanden, mit Ausnahme eines Falles von Manie, wo bei der ersten Sitzung direkt nach der Aufnahme nur 12 % Koordinationen waren, aber 51 % Klangassoziationen und überdies 15 % Übersetzungen der Reizwörter (8 % Prädikativa, 9 % Wortergänzungen und 6 % Wiederholungen der Reizworte) und eines Falles von Melancholie, der in der ersten Sitzung 42 % Koordinationen ergab. Die Prozente verschiedener Koordinationen, wenn diese in der Mehrzahl waren, sind in der Tabelle IV zu finden, wobei wieder mit dem Zeichen ∞ die Koordinationstaxe angegeben wird.

Es geht daraus hervor, daß drei Fälle von Dementia paranoides XXVIII, XLVI, XLVII, insofern eine Ausnahme bildeten, als sie bei jedem Hundert weniger als 80 % verschiedene hatten (mit einer Ausnahme, XLVII c). Vergleicht man die Koordinationstaxen, so findet man bei zwei Fällen von Dementia paranoides (XLVI und XLVII) 60 %, 60 %, 63 % und bei den zwei Fällen von manisch-depressivem Irresein (XLVIII und XLIX) 81 % resp. 80 %. Der vierte Fall von Dementia paranoides (LV) nimmt aber eine besondere Stelle ein. Man findet dort a) 86 %, b) 88 %, c) 87 % verschiedene und die Koordinationstaxe ∞ = 82 %.

Dieser letztere Fall ist bisher der einzige unter den 100 untersuchten Fällen, wo solche hohe Zahlen gefunden wurden. Die Zahlen

stimmen in allen Aufstellungen überein mit denen, welche bei manisch-depressivem Irresein, Amentia und hysterischem Irresein vorkamen.

Eines muß aber hierbei hervorgehoben werden. Eine gewisse Einförmigkeit der Vorstellungen kommt heraus, denn man findet bei dem ersten Hundert Reaktionen nicht weniger als elf Kombinationen mit Laden (Kleiderladen, Gewürzladen, Bankettladen usw.). Von diesen kam nur Bankettladen zweimal vor, so daß diese Einförmigkeit in den Prozenten verschiedener Koordinationen wenig hervortrat. Bei vier Reaktionsworten lautete der Ausgang „macher“ (Möbelmacher, Uhrmacher, Instrumentenmacher, Wagenmacher).

Bei dem zweiten Hundert (b) trifft man wieder viermal als Ausgangswort Laden an, jedesmal verschieden, und bei dem dritten Hundert (c) einmal.

Diese Besonderheiten treten natürlich nicht bei der Berechnung zutage.

Bei der großen Mehrzahl dieser Fälle kamen die besonderen Prädikativen entweder gar nicht (XII, XIV, XXXV, XLVII, XLIX, LV) oder vereinzelt (XVIII: 1, 0; XX: 1, 1; XLVIII: 1, 1, 0) vor. Fall XXVIII (Dementia paranoides) hat neben drei gewöhnlichen Prädikativen sechs besondere, während Fall XLVI (Dementia paranoides) in den sechs Sitzungen nur zweimal besondere Prädikativen hat (fünf und eins) in den übrigen nicht. Diese besonderen Prädikativen waren bei den meisten anderen Fällen dabei vielfach in größerer Anzahl vorhanden.

Eine größere Anzahl gewöhnlicher Prädikativen und daneben nur vereinzelt besondere wurde in fünf Fällen gefunden, drei Fälle von manisch-depressivem Irresein bei XXIV, wo die Verhältnisse waren 38 : 3 und 32 : 1, XLIV mit Verhältnissen 12 : 1 und 14 : 2, L mit dem Verhältnis 31 : 1; und zwei Fälle von Angstpsychose (VI und XL), die bei der Genesungsperiode ein Verhältnis von 24 : 4 resp. von 45 : 2 ergaben.

Ein Fall von Imbezillität (XLI) macht eine Ausnahme, wobei die Prädikativa, bestehend aus Adjektiven, Verben, Substantiven, in größerer Anzahl vorhanden waren, in der ersten Sitzung 73, in der zweiten 40. Hierbei ist aber die Einförmigkeit sehr ausgesprochen, jedesmal kamen die Reaktionen: Plaisier, artig, angenehm, nett usw. wieder.

Die oben gemachten Bemerkungen, daß auch bei den Aspiranten vielfach besondere Prädikative vorkamen, gibt uns einen Hinweis, vorsichtig zu sein mit Schlüssen aus dem Vorkommen der genannten Assoziationsformen. Sie kommen beinahe stets vor bei den Dementen, aber wir haben in unserer Serie auch Genesungsfälle, die diese Form in beträchtlicher Anzahl aufweisen. Dahin gehören Fall II (manisch-depressives Irresein), IV (manisch-depressives Irresein), VII (manisch-depressives Irresein), X (Amentia), XI (manisch-depressives Irresein), XIII (manisch-depressives Irresein), XXV (Amentia), XXXIX (Katatonie).

Dasselbe gilt für die zweckbestimmenden Assoziationen, welche in naher Beziehung zur oben genannten Form stehen. Die meisten sind bei V (Amentia) in der zweiten Sitzung und bei XXIV (manisch-depressives Irresein) in der zweiten Sitzung. Auf dieses folgt XIII (manisch-depressives Irresein) und XV (Dementia post apoplexiam). Bei dieser Form sieht man oft Perseveration auftreten, wenn einmal „zum" gesagt ist, kommt dies mehrmals wieder.

Wortergänzungen waren in keinem Falle in der Mehrzahl. In größerer Anzahl waren sie bei zwei Fällen von manisch-depressivem Irresein (IV in der zweiten Sitzung und XLIV in der ersten und zweiten Sitzung) aber auch bei zwei Fällen von Dementia paranoides (XXXIII und XXXVII).

Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen waren in der Mehrzahl bei zwei Fällen von manisch-depressivem Irresein (51, überdies 17 Übersetzungen bei XIV in der ersten Sitzung) und bei XVI (in der ersten Sitzung 88, in der zweiten 100). In dem letzten Falle waren es durchgehend Reime. Der Fall XXXIII (Dementia paranoides) hat viele Sprachreminiszenzen, meistens aus der Bibel. Diesem letzteren Falle kann ein anderer Fall von Dementia praecox aus der ersten Serie an die Seite gestellt werden, bei dem aber noch mehr Sprachreminiszenzen vorkamen.

Wie in der ersten Serie waren Identitäten beinahe nie vorhanden.

Wiederholungen der Reizworte in beträchtlicher Anzahl kamen vor bei Fälllen von Dementia praecox, darunter auch bei Fällen von Dementia paranoides (XLIII, 52; LI, 70 und LII 59), wobei der Affekt der Ablehnung deutlich war. Überdies waren die Wiederholungen in Hemmungszuständen vorzufinden (VII, in erster Sitzung 43 und XXXII in beiden Sitzungen).

Sinnlose Assoziationen kamen vor bei Fällen von Dementia praecox (XXXVIII, LIII, LIV) bei einem Falle von Imbezillität und bei einem Falle von manisch-depressivem Irresein (XXXIV in der ersten Sitzung). Nichtbeantwortete Reizwörter kamen vor bei Fällen von Dementia praecox einerseits und bei Hemmungszuständen andererseits.

Sätze und Wortreihen waren in vielen Fällen vorhanden, am meisten bei Defektzuständen. Dazu kommen die Fälle von manisch-depressivem Irresein und Amentia im Exaltationsstadium.

Im maniakalischen Exaltationsstadium bei Fall XLV konnte wieder der Übergang zur Genesung an den Assoziationen demonstriert werden (Aufnahmen 24. Juni, 21. Juli und 25. August).[1]) Nur die letzte Aufnahme ist nach den Assoziationsformen eingeteilt worden. Bei der ersten Aufnahme waren typische Sprungassoziationen auch solche, welche sich den mittelbaren Assoziationen nähern. Zu der letzten Kategorie

[1]) Vgl. Sommer, Untersuchungsmethoden, Seite 376—388.

gehörten z. B. Reizwort: Stein — Antwort: Schwester Hartman, oder Reizwort: Bord (Holländisch) Antwort: daß sie hromt (Holländisch) wie Schwester Tromp. In den meisten Fällen konnte die Patientin später den Zusammenhang mit den Reizworten angeben, wobei vielmals der Klang das entscheidende Moment war. Bei der zweiten Aufnahme war die Anzahl der Fälle, an denen man der Erläuterung der Patientin bedarf, viel geringer, und überdies waren die Sätze mehr zusammenhängend, die Wort- und Klangassoziationen prävalierten aber wieder stark. Bei der letzten Aufnahme waren nur 21 % Wortergänzungen und Klangassoziationen, dagegen 46 % Koordinationen.

Noch verdienen Erwähnung die Fälle XLVIII und L, die von berufener Seite mit der Diagnose Dementia praecox hierher geschickt waren, wobei die gelegentlich geäußerten Wahnideen und die Halluzinationen ausschlaggebend gewesen waren. Der erstgenannte Fall gab aber Resultate, wie sie in überaus seltenen Fällen bei Dementia praecox gefunden werden und neben anderen Erscheinungen, welche Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufkommen ließen, konnten die Assoziationen mit in Rechnung gesetzt werden. Dasselbe gilt für Fall L. Bei diesem Falle waren 35 % Koordinationen und 31 % Prädikativen (und zwar 14 % Affektassoziationen) nebst 19 % Wortergänzungen, Verhältnisse, die man ebenfalls als seltenste Ausnahme bei Dementia praecox antrifft. Auch hier bestätigte der weitere Verlauf den Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose.

Aus der genauen Durchsicht der erhaltenen Resultate geht hervor, daß sie nur gering sind und daß bisher den Wortassoziationen nur ein sehr relativer Wert zugeschrieben werden kann bei der befolgten Methode. Mehrmals konnten für den Krankheitsfall typische Assoziationen (z. B. die Angstzustände bei VI und XL) notiert werden, aber dasselbe konnte auch ohne diese erhalten werden.

In einer folgenden Arbeit gedenke ich dieR esultate der Assoziationen bei Paralytikern mitzuteilen.

Tabelle IV.

Anzahl verschiedener Koordinationen.

XII α 90 %, α' 87 %
XIV α' 90 %
XVIII α 92 % α' 88 %
XX α' 82 %
XXVIII α 77 %
XXXV a 91 %
XLVI a 72 %, b 77 %, c 64 % ∞ 60 % a' 72 % b' 78 % c' 67 % ∞ 60 %
XLVII a 77 % b 77 % c 85 ∞ 63 %
XLVIII a 94 % b 86 % c 94 % ∞ 81 %
XLIX a 81 % b 89 % c 96 % ∞ 80 %
LV a 86 % b 88 % c 87 % ∞ 82 %

Tabelle III.

	I		II		III	IV		V		VI		VII		VIII	
	I 2. Juni 1900	II 23. Okt. 1900	I 9. Juli 1900	II 6. Okt. 1900	6. Juli 1900	I 15. Aug. 1900	II 27. Okt. 1900	I 16. Aug. 1900	II 20. Nov. 1900	I 10. Aug. 1900	II 29. Juli 1901	I 24. Aug. 1900	II 2. Okt. 1901	I 12. Sept. 1900	II 16. Nov. 1901
Koordinationen	46	29	24	44	2	13	21		9		44	18	23	20	3
Prädikative	13	8	2	11		4	5	3	20		27	8	13	8	4
Besondere Prädikative . .	7	2	29	27	38	64	28	4	12		4	31	45	12	2
Zweckbestimmende Assoziationen	6	1	3	2	1	1		2	24				4	3	1
Wortergänzungen . . .		2		3		6	45	6	17	Angstzustand	10		3	13	11
Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen .	2	1						5	5		13			11	17
Identitäten	2			1	1	1									
Wiederholungen des Reizwortes	7	54	20	6				3	7			43	7	1	
Sinnlose Assoziationen . .															
Nicht beantwortete . . .	4	2			28			53	2		2			2	
Sätze und Wortreihen . .	13	1	22	6	30	11	1	24	4				5	30	62

(Fortsetzung der Tabelle III.)

	IX	X		XI	XII		XIII		XIV		XV		XVI	
	13. Okt. 1900	I 17. Okt. 1900	II 21. Okt. 1901	23. Sept. 1905	I 24. Okt. 1900	II 14. Jan. 1901	I 8. Nov. 1900	II 1. April 1901	I 27. Sept. 1900	II 23. Nov. 1900	I 24. Nov. 1900	II 26. Nov. 1901	I 8. Dez. 1900	II 30. April 1901
Koordinationen	21	9	39	12	91	79	9	35	12	74	9	6	2	
Prädikative	25	4	15	5	1	4	2	4	8	25	5	13		
Besondere Prädikative . .	39	18	14	42			26	29			29	20		
Zweckbestimmende Assoziationen		4	6	8		5	15	9			12	8		
Wortergänzungen . . .	3	6	11	18	5	3	2	4	9	1	4	1		
Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen .	1		1	10	1		2		51 (14)				88	100
Identitäten				1			1				1			
Wiederholungen des Reizwortes	6	4	5	3	2	7	40	19	6		10		1	
Sinnlose Assoziationen . .														
Nicht beantwortete . . .		2	2			2					17	9	9	
Sätze und Wortreihen . .	5	53	7	6			3				8	48		

(Fortsetzung der Tabelle III.)

	XVII		XVIII		XIX		XX		XXI		XXII	XXIII		XXIV	
	I 10. Dez. 1900	II 3. Dez. 1901	I 24. Dez. 1900	II 21. Dez. 1901	I 15. Dez. 1900	II 15. Okt. 1901	I 20. Dez. 1900	II 9. März 1901	I 29. Dez. 1900	II 20. Sept. 1901	28. April 1906	I 28. Dez. 1900	II 30. Dez. 1901	I 7. Jan. 1900	II 11. März 1901
Koordinationen	38	36	85	79	23	34	42	51	18	19	10	13	5	27	41
Prädikative	16	22	7	13	1	10	41	35	38	39	4		2	38	32
Besondere Prädikative	8	9	1		14	10	1	1	14	20	10	44	73	3	1
Zweckbestimmende Assoziationen				2	3		1	1	4	7		3	1	1	18
Wortergänzungen	10	11	6	6	3	21	3	3	9	6	13	4	8	4	5
Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen	1	2	1			1	9	7	10	6	7			1	2
Identitäten											1				
Wiederholungen des Reizwortes	25	18			34	5		2	1			4	7	1	
Sinnlose Assoziationen															
Nicht beantwortete	1				5	1	3							25	1
Sätze und Wortreihen	1	2			17	18			6	3	55	32	4		

(Fortsetzung der Tabelle III.)

	XXV		XXVI		XXVII		XXVIII	XXIX		XXX		XXXI		XXXII	
	I 10. Jan. 1900	II 19. Febr. 1901	I 24. Jan. 1900	II 18. Nov 1901	I 16. Jan. 1901	II 6. Nov. 1901	1. Februar 1901	I 28. Jan. 1901	II 23. März 1901	I 13. Febr. 1901	II 6. Mai 1901	I 15. Febr. 1901	II 18. Febr. 1902	I 28. Febr. 1901	II 18. Febr. 1902
Koordinationen	19	13	19	16	24	43	58	12	13	38	41	13	16		
Prädikative	8	17	9	5	4	8	3	17	15	34	37	3	2		
Besondere Prädikative . .	33	15	25	54	11	3	6	37	23	20	14	9	46		
Zweckbestimmende Assoziationen		3			1			8	4	1	1	2			
Wortergänzungen . . .	16	18	19	11	24	24	5	12	23	4	4	18	28		1
Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen .	6	1	12	5	4	1		7	3			8	1		
Identitäten															
Wiederholungen des Reizwortes	5		4	2	2	4	16	1	1	3	3	12	5	100	99
Sinnlose Assoziationen . .															
Nicht beantwortete . . .					24	8	9					19			
Sätze und Wortreihen . .	13	3	12	7	6	9	3	6	18			16	2		

(Fortsetzung der Tabelle III.)

	XXXIII		XXXIV		XXXV	XXXVI		XXXVII		XXXVIII	XXXIX		XL	
	I 10. April 1901	II 26. März 1902	I 19. März 1901	II 13. Aug. 1901	20. Okt. 1906	I 16. April 1901	II 16. April 1902	I 22. April 1901	II 19. April 1902	13. Juni 1901	I 31. Okt. 1901	II 16. Okt. 1902	I 28. Okt. 1901	II 5. Juni 1902
Koordinationen	12	13	29	28	86	43	43	10	36		10	12	4	40
Prädikative	3	4	7	23	9	29	16	14	18		2	17		45
Besondere Prädikative . .	7	9	8	14		4	7	15	22		6	27	8	2
Zweckbestimmende Assoziationen			1	10				4	2					
Wortergänzungen . . .	34	42	14	19	2	2	9	44	19		13	1	5	6
Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen .	28	13		1	1	5	10	11	3		13	6	1	2
Identitäten														
Wiederholungen des Reizwortes		12		5			2	2				1	5	1
Sinnlose Assoziationen . .			7		1					100				
Nicht beantwortete . . .			4		1	12	11				15	35		
Sätze und Wortreihen . .	16	7	30			5	2				41	1	77	4

(Fortsetzung der Tabelle III.)

	XLI		XLII		XLIII	XLIV		XLV			XLVI						XLVII			
	I 4. Nov. 1901	II 10. Nov. 1902	I 15. Nov. 1901	II 7. Nov. 1902	2. Nov. 1901	I 15. Mai 1902	II 8. Sept. 1902	I 24. Juni 1902	II 21. Juli 1902	III 25. Aug. 1902	I 5. Okt. 1905	II 6. Okt. 1905	III 9. Okt. 1905	I 24. Mai 1906	II 25. Mai 1906	III 26. Mai 1906	I 20. Febr. 1905	II 21. Febr. 1905	III 22. Febr. 1905	α 14. Febr. 1906
Koordinationen	17	17	39	11	17	42	43			46	59	75	78	65	76	81	53	61	67	49
Prädikative	73	40	22	9	5	12	14			11	35	21	19	31	24	17	25	18	17	14
Besondere Prädikative . .			15	11	2	1	2			9	5	1								2
Zweckbestimmende Assoziationen			1	2						10		1								1
Wortergänzungen . . .	3	5	18	3	11	11	31	Exaltationszustand	Exaltationszustand	11							4	4	4	6
Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen .	1	7	3	4		14	8			11										2
Identitäten												2	3	4		2	2	3	3	1
Wiederholungen des Reizwortes		3			52	5												13	8	6
Sinnlose Assoziationen . .		17																		
Nicht beantwortete . . .	2	11	1	56	13	11											1	1	1	17
Sätze und Wortreihen . .	4		1	4		4	2			2	1									3

(Fortsetzung der Tabelle III.)

	XLVIII			XLIX			L	LI	LII	LIII	LIV			LV		
	I 28. Okt. 1904	II 29. Okt. 1904	III 1. Nov. 1904	I 14. Juli 1904	II 15. Juli 1904	III 16. Juli 1904	20. Oktober 1904	13. Oktober 1905	10. November 1904	21. Juli 1904	I 10. Febr. 1903	II 10. März 1903	III 6. April 1903	I 9. Nov. 1906	II 10. Nov. 1906	III 13. Nov. 1906
Koordinationen	58	60	70	79	79	86	35	12	19	19	21	2	16	86	84	86
Prädikative	31	20	22	16	11	11	31	17	15	2	4	3	2	2	6	2
Besondere Prädikative	1	1					1			14	8		4			
Zweckbestimmende Assoziationen	1								1		12	1	1			
Wortergänzungen	3	16	8	3	8	2	19		3	12	4	3	2	11	9	8
Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen							3		1	1	3	8	10			
Identitäten		3		2	•2	1	3	1		1	1	1	1	1	1	4
Wiederholungen des Reizwortes							8	70	59	9	1					
Sinnlose Assoziationen										8	7	5	7			
Nicht beantwortete	3									12	36	77	57			
Sätze und Wortreihen									2	22	3					

Tabelle II.

Diagnosen der Fälle.

I.	Dementia praecox.	XXIX.	Imbecillität.
II.	Manisch. depr. Irresein.	XXX.	Insania hysterica.
III.	Senile Melancholie.	XXXI.	Dementia praecox.
IV.	Manisch. depr. Irresein.	XXXII.	Manisch. depr. Irresein.
V.	Amentia.	XXXIII.	Dementia paranoides.
VI.	Angstpsychose.	XXXIV.	Manisch. depr. Irresein.
VII.	Man. depr. Irresein.	XXXV.	Paranoia.
VIII.	Dementia praecox.	XXXVI.	Insania hysterica.
IX.	Dementia praecox.	XXXVII.	Dem. paranoides.
X.	Amentia.	XXXVIII.	Dem. praecox (Katatonie).
XI.	Man. depr. Irresein.	XXXIX.	Dem. praecox (Katatonie).
XII.	Man. depr. Irresein.	XL.	Angstpsychose.
XIII.	Man. depr. Irresein.	XLI.	Imbezillität.
XIV.	Man. depr. Irresein.	XLII.	Dem. praecox (Katatonie).
XV.	Dementia post apoplexiam.	XLIII.	Dementia.
XVI.	Man. depr. Irresein.	XLIV.	Manisch. depr. Irresein.
XVII.	Imbezillität.	XLV.	Manisch. depr. Irresein.
XVIII.	Paranoia.	XLVI.	Dem. paranoides.
XIX.	Senile Melancholie.	XLVII.	Dem. paranoides.
XX.	Man. depr. Irresein.	XLVIII.	Man. depr. Irresein.
XXI.	Dementia.	XLIX.	Man. depr. Irresein.
XXII.	Dementia.	L.	Man. depr. Irresein.
XXIII.	Dementia paranoides.	LI.	Dem. paranoides.
XXIV.	Manisch. depr. Irresein.	LII.	Dem. paranoldes.
XXV.	Amentia.	LIII.	Dem. praecox.
XXVI.	Dementia.	LIV.	Dem. praecox.
XXVII.	Amentia.	LV.	Dem. paranoides.
XXVIII.	Dementia paranoides.		

II.

Der Fall S.
Ergänzung zu Dr. Hampes Beitrag zur Psychologie der Aussage.

Von Sanitätsrat Dr. **Roth**, Herzogl. Stadtphysikus und Gerichtsarzt in Braunschweig, und Dr. **Meyer**, Oberarzt an der Herzogl. Heil- und Pflegeanstalt Königslutter.

Im Januarheft dieser Zeitschrift erschien als Beitrag zur Psychologie der Aussage von Dr. med. I. Hampe, Nervenarzt in Braunschweig, ein Gutachten über den Halbspänner S. aus E., das uns veranlaßt, auch unsererseits uns zu diesem Fall zu äußern.

Zunächst lassen wir die von uns gerichtsseitig eingeforderten schriftlichen Gutachten folgen.

Dr. Roth erstattete unterm 7. September 1905 das folgende Gutachten an den Untersuchungsrichter am Landgericht in Braunschweig:

In Untersuchungssachen gegen den Halbspänner S. aus E., wegen Meineides, teile ich über den Geisteszustand des Angeklagten ergebenst folgendes mit:

S. ist am 9. Februar 1844 zu E. geboren, lutherisch, Halbspänner.

Die Großeltern hat er nicht gekannt. Daß Geisteskrankheiten in der Familie vorgekommen sind, gibt er zunächst nicht an, hinterher erzählt er aber, seine Mutter wäre schließlich geistig nicht mehr ordentlich gewesen, hätte die Wirtschaft nicht mehr führen können und man hätte sie anziehen müssen. Auch habe er eine Schwester, welche geistig nicht ganz richtig sein soll. Er selbst sei früher bis vor zehn bis zwölf Jahren ganz gesund gewesen.

Er sei in E. in die Schule gegangen, sie hätten aber alle nichts Rechtes, kaum lesen und schreiben, gelernt, da der Lehrer zu alt gewesen wäre. Er sei im üblichen Alter konfirmiert. Soldat war er nicht. Er ist immer auf dem väterlichen Hofe geblieben, den er nach dem Tode des Vaters übernommen hat. Von seiner ersten Frau stammen fünf Kinder im Alter von 15—25 Jahren. Ein Jahr nach dem Tode der ersten Frau hat er sich wieder verheiratet. Aus dieser Ehe stammen keine Kinder. Mit der zweiten Frau liegt er im Ehescheidungsprozeß.

Er gibt nun an, daß er vor zehn bis zwölf Jahren infolge eines Sturzes in die Mergelgrube einen Schädelbruch erlitten habe. Dr. B. in H. habe ihn behandelt. Seitdem leide er an heftigen Kopfschmerzen. Seine Gedanken seien ihm immer weg; es wäre ihm öfter, als ob er „solche Anfälle“ kriege und dann wisse er gar nicht, wo er sei.

Jetzt ist S. wegen Meineides in Untersuchungshaft, weil er in der gegen W. P. zu E. wegen Körperverletzung vor dem Herzoglichen Landgericht am 22. Juni d. J. stattgefundenen Hauptverhandlung unter Eid ausgesagt hat, daß er den Verlauf des Streites zwischen den Angeklagten und seinem Sohn von Anfang an gesehen habe, während dies nach den übrigen Zeugenaussagen nicht möglich sein kann.

Die Untersuchung hat nun folgendes ergeben: S. ist ein untersetzter Mann von mäßigem Ernährungszustand, aber gesunder Hautfarbe. Unter dem linken Auge hat er eine Hautnarbe, welche von dem oben erwähnten Unfall herrühren soll. Im übrigen ist von dieser Verletzung nichts weiter nachzuweisen. Die Pupillen reagieren, die Sehnenreflexe sind normal. Auch sonst ist der körperliche Befund ohne Belang für seine Beurteilung.

S. zeigt immer ein sehr deprimiertes Wesen und große Weinerlichkeit; dabei sucht er den Biedermann vorzustellen, der kein Wässerchen trüben kann, dem besonders aber jede Lüge, noch mehr natürlich ein Meineid vollständig fern liegt. Auf Fragen antwortet er sachgemäß, aber freilich nur in sehr unvollkommener Weise. Dabei spricht er meist nur ganz leise; als wenn es ihm schwer würde, zu sprechen.

Sein Gedächtnis ist anscheinend ein außerordentlich schlechtes. Jahreszahlen kann er überhaupt nicht mehr angehen; wie alt er bei der Konfirmation war, wann er sich verheiratet hat, wie lange er mit der ersten Frau verheiratet war, wieviel Kinder ihm gestorben sind, weiß er nicht mehr; auch aus der neuern Zeit kann er sich auf nichts recht besinnen, er kann nicht sagen, wie lange er in Untersuchungshaft war, welches das Datum des fraglichen Gerichtstermins ist, an dem er verhaftet wurde, er weiß nicht, ob oder wieviel Hypotheken auf seinem Besitztum ruhen, alle derartige Sachen kann er nicht mehr angeben.

Merkwürdig ist dagegen, daß er sich noch ganz genau daran erinnert, daß er den Vorgang jener Schlägerei zwischen seinem Sohn und dem P. gesehen habe und alle Einzelheiten noch angeben kann. Auch weiß er, als einmal das Gespräch auf seine Ehescheidungssache kommt, recht gut das Vermögen seiner Frau usw. anzugeben, dabei gibt er auch das Alter der Kinder an.

Über die Zeit ist er angeblich ganz ungenügend orientiert. Er weiß weder Datum, noch Monat, selbst auf die Jahreszahl muß er sich erst lange besinnen, nur den Wochentag gibt er, und zwar richtig, an.

Wenn man nach seinen Antworten urteilt, so ist überhaupt seine Intelligenz ganz kolossal minderwertig.

Die Schulkenntnisse sind danach sehr gering.

Er gibt anfangs sogar an, er könne nicht schreiben, schließlich räumt er aber ein, daß er es kann und schreibt dann nach meinem Diktat ganz leidlich (Apostel. Petrus!) (siehe Beilage). Lesen kann er (mit Brille); er hat z. B. die Briefe seiner Kinder gelesen. Rechnen kann er angeblich gar nicht; die leichtesten Exempel wie 5×7, $7 - 5$, $7 : 5$ rechnet er nicht aus: $2 + 3 + 1 = 5$, $3 \times 7 = 14$ usw. Selbst die nächstliegendsten alltäglichen Sachen sind ihm unbekannt. Die Zahl der Monate im Jahr zählt er an den Fingern ab und nennt schließlich die Zahl 11; aufgefordert, die Monate aufzuzählen, bringt er sehr langsam heraus: Januar, Februar, April, Mai, Juni, Juli, September, Oktober, November. Nach längerem Überlegen: „und dann haben wir doch noch Dezember!" — Wieviel Wochen, wieviel Tage ein Jahr hat, weiß er nicht; wieviel Vierteljahr ein Jahr hat, weiß er nicht; wie oft und wieviel Zinsen er bezahlen muß, weiß er nicht. Dies habe alles seine Frau gemacht, darum kümmere er sich nicht, rechnen könne er ja überhaupt nicht.

Weihnachten fällt in den Winter, den Tag kann er nicht angeben. „Nachher haben wir doch Januar, und vorher ist dann doch Weihnachten, den Monat kann ich nicht nennen.“ Auf welchen Tag Neujahr fällt, ist ihm auch nicht erinnerlich. Die Stundenzahl des Tages gibt er auf zehn an („von 6 bis 6 gerechnet“). Wann geht denn jeder Tag an? „Ich denke um 6 Uhr, da kommen doch die Arbeitsleute.“ Wann hört er auf? „Abends um 6 Uhr.“ Und was ist von 6 Uhr abends bis morgens 6 Uhr? „Da ist Nacht.“ Wieviel Stunden sind von 6 Uhr morgens bis wieder 6 Uhr morgens? „12.“ Von den Geboten kann er das vierte nach längerem Besinnen teilweise hersagen, das achte: „Du sollst nicht töten“. Er kennt nicht den Namen des Kaisers, nicht den unseres Prinzregenten. Von Braunschweiger Städten nennt er nur Helmstedt. Von welchem Land Braunschweig die Hauptstadt ist, kann er auch nicht sagen.

Auf die Frage, wieviel Pfennige eine Mark hat, sagt er, „ich denke zehn“. Wie lange eine Kuh trägt, weiß er nicht. Wie lange trägt ein Ochse? „Das weiß ich auch nicht.“ Bekommen denn Ochsen auch Kälber? „Da weiß ich nichts von, da habe ich mich nicht darum gekümmert“. Ich lege ihm einen Taler, ein Zweimarkstück und ein Einmarkstück vor. Taler und Einmarkstück bezeichnet er richtig. Das Zweimarkstück erklärt er für einen Taler; obgleich ich ihm zeige, daß es ja viel kleiner als der Taler ist und ihm schließlich direkt sage, es ist ein Zweimarkstück, beharrt er weiter dabei, es sei drei Mark, es sei ja derselbe Kopf darauf wie bei dem Taler! Dabei bleibt er. Als er die drei Stücke zusammenzählen soll, zählte er fünf Mark! Zehnpfennig- und Fünfzigpfennigstücke kennt er, er kann aber eine Anzahl derselben (ein Fünfzigpfennigstück, zwei Zehnpfennigstücke, drei Fünfpfennigstücke und ein Pfennig) nicht zusammenrechnen — $7^1/_2$ Gr. Drei Talerstücke erkennt er als solche. Wieviel sind es Mark? „Acht.“ Ein Zehnmarkstück erkennt er. Einen Fünfzigmarkschein erklärt er für hundert Mark. Als ich ihm auch die Brille aufsetzen lasse und ihm die große Fünfzig zeige, liest er doch hundert daraus!

Nach alledem müßte es sich also um einen ganz hochgradigen Schwachsinn handeln, welcher infolge einer vor ca. zwölf Jahren erlittenen Schädelverletzung aufgetreten ist. Derselbe zeigte sich in hochgradiger Gedächtnisschwäche und einem solchen Intelligenzdefekt, daß er kaum etwa dem Standpunkt eines achtjährigen Kindes entspricht.

Im höchsten Grade muß es nun auffallend erscheinen, daß von diesem Schwachsinn bisher niemand etwas gemerkt hat, wird er doch im Gegenteil vom Vorsteher und Gendarm als äußerst schlauer und gerissener Mann geschildert, der sich mit großer Gewandtheit aus allen Strafsachen herauszuwickeln sucht und versteht; wird doch ferner von ihm behauptet, daß er viel mit Prozeßsachen zu tun habe; auffallend ist ferner, daß er bis jetzt immer noch selbständig seinen Hof bewirtschaftet und daß auch noch jetzt seine Kinder ihn um Rat fragen, ob sie Pferde oder Ochsen kaufen sollen usw. Würden sie dies wohl tun, wenn er ein Idiot wäre?

Wennschon diese Erwägungen im höchsten Grade verdachterregend sein müssen, so bin ich durch meine Untersuchungen zu der Überzeugung gekommen, daß er Simulant ist.

Daß er als alter Landwirt nicht einmal wissen will, ob Ochsen kalben oder nicht, das ist einfach gelogen; ebenso unglaubhaft aber ist es, daß er das Zweimarkstück als Dreimarkstück bezeichnet und trotz Erklärung usw. darauf beharrt usw. Wenn er so gedächtnisschwach ist, warum kann er sich denn gerade auf die Vorgänge auf der Landstraße so genau erinnern? Warum sagt er nicht ein-

fach, ich weiß das jetzt nicht mehr. Dazu kommt aber noch, daß er sich selbst in seinen Angaben widerspricht. Dr. M. gegenüber hat er seinen Geburtstag sowie das Alter der Kinder angegeben, er hat angegeben, ein Zentner seien 100 Pfd., mir gegenüber weiß er dies alles nicht. Er behauptet, nicht schreiben und lesen zu können. Als ihm gesagt wird, daß er ja die Briefe seiner Kinder gelesen habe usw., gibt er es zu. Wenn er aber diese Briefe lesen kann, wie kommt es, daß er die große Zahl 50 und die große deutsche Inschrift „Fünfzig Mark“ auf dem Papiergeld — trotz Brille! — nicht lesen kann? Wie kommt es, daß er die nächstliegendsten, zu seinen täglichen Verrichtungen gehörenden Sachen nicht weiß, und als er einmal im gemütlichen Gespräch auf seine zweite Frau zu sprechen kommt, deren Vermögen usw. usw. ganz genau angeben kann?

Die einzige Erklärung, die ich darauf geben kann, ist die, daß er eben simuliert. S. mag meinetwegen beschränkt sein — geistesschwach ist er nach den dahin angestellten Ermittlungen jedenfalls nicht, und ich muß ihn deshalb für zurechnungsfähig erklären. Ich finde auch keinen genügenden Grund für die Annahme, daß er bei der Gerichtsverhandlung unzurechnungsfähig gewesen wäre. Denn dasselbe, was er damals unter Eid behauptet hat, behauptet er ja jetzt noch genau mit derselben Bestimmtheit.

Also selbst angenommen, daß er damals sich in Erregung befunden hätte, jetzt sind doch diese Einflüsse nicht mehr für ihn vorhanden; aber er bleibt doch bei seinen damaligen Aussagen fest bestehen. Nach diesen Erwägungen komme ich also zu dem Schluß, daß ich bei S. weder jetzt, noch in der Zeit des Gerichtstermins am 22. Juni einen Zustand der krankhaften Störung seiner Geistestätigkeit annehme, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen wäre.

Das Gutachten von Dr. Meyer vom 7. Dezember 1905 lautete:

Auf Veranlassung der Herzoglichen Staatsanwaltschaft Braunschweig erstatte ich unter Berücksichtigung der mir zugestellten Akten und auf Grund einer sechswöchigen Beobachtung in der hiesigen Herzoglichen Heil- und Pflegeanstalt über den Geisteszustand des Halbspänners S. aus E. das folgende Gutachten:

Ch. S. ist am 9. Februar 1844 in E. geboren.

Nach den Akten ist er verurteilt:

1. im Jahre 1883 wegen Diebstahls in zwei Fällen zu vier Wochen und vier Tagen Gefängnis;

2. im Jahre 1884 wegen Verleitung zum Meineide zu einem Jahr sechs Monaten Zuchthaus und drei Jahren Ehrverlust;

3. im Jahre 1886 wegen Hausfriedensbruch zu 30 M. ev. zehn Tagen Gefängnis;

4. im Jahre 1901 wegen öffentlicher Beamtenbeleidigung und Hausfriedensbruch zu fünf Monaten und 14 Tagen Gefängnis.

Am 27. Februar 1905 war es zwischen dem Sohne des S. und dem Invaliden P. auf der E.er Feldmark zu einer Schlägerei gekommen, die ein gerichtliches Nachspiel vor dem Herzoglichen Schöffengericht in H. hatte. O. S. wurde freigesprochen, P. dagegen verurteilt. P. legte Berufung ein, und am 22. Juni 1905 wurde über diese Strafsache vor der Zweiten Strafkammer des Herzoglichen Landgerichts in Braunschweig verhandelt. In dieser Verhandlung wurde Ch. S. als Zeuge vernommen. Trotzdem er in Rücksicht auf seine Vorstrafen eindringlich vor dem Meineide verwarnt wurde, machte er nach Leistung des Zeugeneides Angaben, welche die Einleitung einer sofortigen Untersuchung wegen Meineides und die sofortige Verhaftung des p. S. zur Folge hatten.

Während der Untersuchung wurden dann Zweifel an der Zurechnungsfähig-

keit des p. S. laut. Sanitätsrat Physikus Dr. Roth erstattete über den Geisteszustand des p. S. unterm 7. September 1905 (Akten 2 F. $^{602}/_{05}$ Blatt 98—103) ein ausführliches Gutachten, welches zu dem Schlusse kam, daß der § 51 des St.G.B. bei S. nicht zutreffe.

In der Sitzung des Herzoglichen Schwurgerichts vom 17. Oktober 1905 wurde dann gegen S. verhandelt. Der genannte Sachverständige beantragte, den Angeklagten zur Beobachtung seines Geisteszustandes auf die Dauer von sechs Wochen in der hiesigen Anstalt unterzubringen. Die Herzogliche Staatsanwaltschaft und der Verteidiger des Angeklagten schlossen sich diesem Antrage an, und gerichtsseitig wurde demgemäß beschlossen.

S. wurde während der Zeit vom 24. Oktober bis 5. Dezember in der hiesigen Herzoglichen Heil- und Pflegeanstalt beobachtet.

Während der ersten Zeit jammerte und klagte S. fortwährend über heftige Kopfschmerzen und antwortete auf die einfachsten Fragen meist: „Das wisse er nicht“. Dagegen erzählte er schon am 26. Oktober sehr ausführlich den Hergang des Streites zwischen seinem Sohne und dem Invaliden P. in folgender Weise: Es sei in E. Acker verkauft worden, und als er nachmittags von diesem Verkaufe nach Hause gekommen sei, da seien seine Leute noch auf dem Hofe gewesen. Er habe gesagt, weshalb sie noch nicht fort seien, sie sollten schnell machen. Er habe sich dann umgezogen und sei mit dem Ochsengespann nachgekommen. Sein Sohn O. sei vorangewesen, da sei P. dazu gekommen. Er habe gesehen, daß dieser sich ein- bis zweimal gebückt und auf O. eingeschlagen habe, dann seien beide in den Graben gefallen, er sei dazu gekommen. P. habe auch noch mit dem Misthaken nach seinem Sohne geschlagen. Dann sei es zur Klage in H. gekommen. Auf die Frage, wann das gewesen sei, antwortete er: „Das weiß ich nicht, das kann ich nicht behalten“; erzählte dann weiter: Sein Sohn sei freigesprochen, P. habe zwei Wochen bekommen. P. habe dann wieder „angeklagt nach Braunschweig“. Von Braunschweig wisse er nichts mehr. Als er auf dem Saale gewesen sei, sei der Rechtsanwalt B. und seine Tochter gekommen und hätten verlangt, er solle der Tochter gleich 1000 Mark geben. Er habe sich so erschrocken, daß seine Tochter hochschwanger gewesen sei, und den sie heiraten wolle, W., der Taugenichts, habe seinen Vater geschlagen und habe auch einen lahmen Arm. Der habe sich 90 Morgen Acker, den Morgen zu 400 Taler, gekauft und habe keinen Pfennig Geld. Auf die Frage, wieviel denn nun die 90 Morgen kosten, fängt er laut an zu weinen, er könne das nicht ausrechnen.

Wann die Sitzung des Schwurgerichts stattgefunden, wisse er nicht mehr, antwortete er auf eine direkte Nachfrage; die ersten Tage der vorigen Woche sei es gewesen. Er behauptet, er wisse gar nichts mehr davon, gibt aber gleich darauf an, die Zeugen seien nicht alle vernommen. Wenn alle Zeugen vernommen würden, werde seine Unschuld bewiesen. Dr. B. habe einen Eid geleistet, daß er in die Mergelgrube gefallen sei und seit der Zeit könne er sich nicht besinnen.

Seine Wahrnehmungen über den Hergang des Streites zwischen seinem Sohne und dem Invaliden P. gab er auch später stets in derselben Weise an.

Am 25. Oktober konnte er sich weder auf seinen Geburtstag, noch auf die Zahl seiner Geschwister besinnen, noch deren Aufenthaltsort angeben. Die ganze Art seiner Antworten ließ den Verdacht aufkommen, daß er seine Gedächtnisschwäche stark übertriebe, und diese Simulation hat sich denn auch im Laufe der Beobachtungszeit vielfach bestätigt gefunden. Während er sich auf nichts besinnen konnte, sobald der Unterzeichnete bestimmte Fragen an ihn richtete oder sich Notizen machen wollte, gab er in der einfachen Unterhaltung über Dinge, die er

sonst nicht wußte, unbefangen Auskunft. Von vornherein gab er sich dem hiesigen Personal gegenüber ziemlich frei und unterhielt sich mit demselben. Sobald aber der Arzt über die mit dem Personal besprochenen Dinge etwas wissen wollte, wußte er nichts mehr. So hatte er z. B. am 29. Oktober unmittelbar vor der ärztlichen Visite mit dem Wärter gesprochen über drei Personen, die aus E. in die hiesige Anstalt als Kranke Aufnahme gefunden. Auf meine direkte Frage: Kennen Sie jemand aus E., der hier nach der Anstalt gekommen ist, antwortete er: „Nein". Auf die weitere Frage: Kennen Sie die Leute in E.: „Ja, bis auf einige, die zuziehen". Als ich dann wieder frage: Wissen Sie denn wirklich niemanden aus E. hier in der Anstalt, meint er: „Da muß ich mich erst länger auf besinnen."

Am 31. Oktober wurden ihm Proben von Weizen, Roggen, Hafer und Gerste vorgelegt. Lange Zeit besah er die einzelnen Getreidearten, benannte dann langsam dieselben, bezeichnete aber die Gerste als Hafer. Bei nochmaligem Nennen der Arten dasselbe Resultat. Hieran schlossen sich dann folgende Fragen des Arztes und Antworten S's.

Was macht man mit Roggen? „Den hat der Bäcker immer bekommen."

Was macht der Bäcker damit? „Dat weet ick nich, ick bin noch nich in'n Backhuse west."

Was machen Sie hiermit (Gerste zeigend)? „Dat kriegt de Perde."

Was ist das? „Haber."

Wieviel Roggen bauen Sie? „Dat witt ick nich."

Was für Körnerfrucht bauen Sie? „Weiten, Roggen, Habern."

Kennen Sie noch eine andere Kornart? „Wieder witt ick doch nich. Wie hefft denn noch Räuwen."

Sobald der Wärter, der bei dieser Probe nicht zugegen war, wieder zu ihm kam, erzählte er diesem, ihm seien Getreidearten vorgelegt. Er habe erklärt, Gerste füttere er den Pferden, das sei doch richtig, Gerste und Hafer werde doch zusammengefüttert. Er meinte dann weiter, der Doktor werde ihm auch wohl noch Geldstücke vorlegen wie Dr. Roth es getan, was er dann sagen solle, er müsse doch dasselbe sagen, wie in Braunschweig, der Wärter möge ihn doch unterstützen und ihm angeben, was er sagen solle. Als der Wärter ihm riet, er möge doch ruhig und nach bestem Wissen antworten, meinte er, dann komme er ins Unglück. Am 1. November kam er ohne Nachfrage auf die Getreidesorten zurück und meinte: „Er habe sich das noch besonnen, worum ich ihn gefragt, das sei Gerste gewesen, die tue er immer zwischen Hafer." Auf die Frage, wie es komme, daß er gestern die Gerste nicht erkannt, meint er: „Ick kann mich immer nicht besinnen."

In der ersten Zeit behauptete er auch, gar nicht lesen zu können und ließ zwei Briefe, die er erhielt, uneröffnet liegen und gab sie seinen Kindern. Später las er, wenn auch stockend, ihm vorgelegte Proben.

Während der ganzen Dauer der Beobachtungszeit gab er keine Auskunft über die früher erlittenen Bestrafungen. Er behauptete stets, davon nichts mehr zu wissen. Nur die Bestrafung wegen Beamtenbeleidigung war ihm angeblich im Gedächtnis geblieben. Den Hergang dieser Anklage konnte er bis ins kleinste erzählen.

Er wies es weit von sich, jemals einen Diebstahl begangen zu haben oder den Versuch gemacht zu haben, jemand zum Meineid zu verleiten. Obwohl er sich an diesen gegen ihn geführten Prozeß nicht erinnern wollte, behauptete er doch, das Dienstmädchen habe aus Rache dafür, daß seine Frau sie entlassen, ihn angezeigt. Auf den Vorhalt, daß er, wenn er dies wisse, er sich auch der ihm zu-

teil gewordenen Strafe erinnern müsse, fing er, wie häufig, laut an zu weinen und beteuerte, daß er nicht lüge.

Nachdem er bereits acht Tage hiergewesen, wußte er angeblich meinen Namen noch nicht, obwohl ich täglich mindestens ein-, meist zweimal längere Zeit bei ihm gewesen war.

Sehr verschieden waren auch seine Leistungen im Rechnen, wie folgende Zusammenstellung zeigt:

25. Oktober: $2 + 2 = 4$; $3 + 5 = 6$; $17 + 18 =$ das weiß ich nicht; $4 - 3 = 2$; $19 - 7 =$ das weiß ich nicht.

4. November: $6 \times 6 = 36$; $7 \times 8 =$ das Einmaleins habe ich vergessen; sagt dann auf $1 \times 7 = 7$, $2 \times 7 = 14$ bis $6 \times 7 = 42$, weiter kommt er nicht.

21. November: $2 + 2 = 4$; $3 + 5 = 8$; $17 + 18 = 10$ und 10 sind 20 und 7 sind 27 und 8 sind 33; $99 + 12 = 111$; $4 - 3 = 1$; $19 - 7 = 12$; $31 - 9 = 26$; $119 - 21 =$ nach einigem Beteuern, daß er es nicht ausrechnen könne: wenn 19 davon nimmt, sind es 100, das wären dann 98; $2 \times 2 = 4$; $7 \times 3 = 21$; $3 \times 7 =$ ebensoviel.

Ähnliche Unterschiede zeigten sich bei allen Prüfungen seiner Intelligenz.

Zuweilen konnte er eine Anzahl Geldstücke nicht benennen und nicht zusammenzählen, verwechselte Zwei- und Dreimark-, Zehn- und Zwanzigmarkstücke. Zu anderer Zeit zählte er einzeln hingelegte Geldstücke der verschiedensten Sorten vollkommen richtig zusammen. Er weiß nicht anzugeben, wieviel Pfennige eine Mark sind, nach langem Besinnen und nach der Angabe, es seien zehn Groschen, kommt er schließlich mit der Antwort: 90 Pfennige.

Am 25. Oktober behauptete er, das Datum des Weihnachtsfestes nicht zu wissen, am 21. November antwortete er auf dieselbe Frage ohne weiteres Besinnen richtig. Am 25. Oktober vermochte er die Wochentage weder vor-, noch rückwärts richtig aufzuzählen, am 21. November erfüllte er diese Aufgabe ohne weiteres. Am 25. Oktober antwortete er bei der Aufforderung, die Monate zu nennen: April, Juni, Mai, Juli, September, Oktober, Dezember. Auf die Frage: Sind das alle Monate? meinte er: „Und dann haben wir noch den Januar". Am 25. November ließ er nur den September aus. Rückwärts konnte er auch jetzt die Monate nicht aufzählen.

Am 25. Oktober wußte er nicht, wieviel Tage der Monat hat, am 25. November gab er diese Zahl auf 28 oder 30 an. Die Zahl der Tage der Woche gab er beide Male auf sechs an, konnte aber die Zahl der Tage des Jahres beide Male nicht angeben. Als Zahl der Wochen des Jahres gab er 40 an. Am 29. Oktober antwortete er auf die Frage: Woher kommen die Eier? „Ja, die hatt' ich zu Hause immer aus der Kiepe geholt." Auf die weitere Frage: Wie kommen die dahin? antwortete er: „Dat witt ick nich." Am 9. November antwortete er bei Wiederholung dieser Frage ohne weiteres: „Von den Hühnern."

Dauernd unbeantwortet ließ er die Frage: Was ist Eis? Meist antwortete er: „Eis ist Eis." Auf die weitere Frage: Woher kommt das Eis? antwortete er (25. November): „Wenn es friert." (Arzt:) Wo? „Wo Water ist." (Arzt:) Also was ist Eis? „Dat weet ick doch nich."

Am 1. November konnte er von vier ihm genannten Zahlen nur zwei wiederholen, am 8. November und 25. November wiederholte er drei richtig, die vierte falsch. Von fünf ihm gezeigten Gegenständen konnte er nur vier wiederholen. Die Reproduktion kurzer ihm vorgelesener oder von ihm selbst gelesener Zeitungsnotizen von drei bis fünf Druckzeilen war stets sehr mangelhaft; dagegen konnte er stets gut darüber berichten, was sich in der Abteilung zugetragen und welche Äußerungen einzelne Kranke gemacht und gab auch die Namen der Kranken richtig

an. Legte man ihm einfache Bilder vor, so war seine Beschreibung sehr dürftig. Als ihm die Photographie eines Schiffes vorgelegt wurde, behauptete er, den abgebildeten Gegenstand überhaupt nicht bezeichnen zu können.

Er weiß angeblich weder, wie der deutsche Kaiser heißt, noch wer im Herzogtum Braunschweig regiert. Dagegen ist ihm der Name des verstorbenen Herzogs bekannt.

Als Unterschied zwischen Ochsen und Kühen gibt er wiederholt an, der einzige Unterschied besteht darin, daß „de Osse trecket und de Koh melket". Auf die Frage: Wie bezeichnet man die Pferde nach dem Geschlechtsunterschiede? antwortete er: „Hengst und Stute." Was ein Wallach sei, behauptete er nicht zu wissen. Den Unterschied zwischen Teich und Fluß vermochte er nicht anzugeben, auf diese Frage antwortete er: „Wi hefft gar kein Water in unsern Dörpe." Dagegen beantwortete er die Frage: Was ist leichter, ein Pfund Holz oder ein Pfund Eisen? stets richtig, mit der Begründung: Pfund ist Pfund.

Während er am 25. Oktober erzählte, Dr. R. (Verteidiger) habe ihm gesagt, er solle hier untersucht werden, behauptete er am 23. November, er wisse nicht, weshalb er hier sei, er denke, daß er krank sei, weil ich doch ein Doktor sei, auch behauptete er, es habe ihm niemand gesagt, was er hier solle. Am 25. November erinnerte er sich plötzlich wieder sehr genau, daß Dr. R. (Verteidiger) bei ihm gewesen sei und ihm gesagt habe, daß er zu Herrn Direktor (der hiesigen Anstalt) G. solle. Dr. R. habe ihm auch mitgeteilt, daß Herr Dr. Hampe im Termin gewesen sei, dafür müßten 30 M. eingezahlt werden, er wisse aber nicht genau, ob Dr. R. gesagt, es seien schon von ihm 30 M. eingezahlt oder er müsse sie zahlen. Er erzählte dann auch, Dr. Hampe sei im Gefängnis bei ihm gewesen, gab Auskunft über dessen Untersuchung und konnte dessen Äußeres ganz gut beschreiben. Aus seinen Unterhaltungen mit dem Personal ging hervor, daß er sehr wohl über den Zweck seiner hiesigen Beobachtung und die Bedeutung des Resultats für seine Zukunft orientiert war.

Vor der Fortsetzung der Untersuchungshaft schien er eine große Furcht zu haben. Er äußerte wiederholt, er wolle lieber sterben, als daß er wieder nach Braunschweig in Untersuchung käme. Als ihm vom Personal einmal gesagt wurde, wenn er hier für krank erklärt werde, dann stehe ihm bevor, daß er dauernd als Kranker hier bleibe, meinte er, er sei doch nicht gemeingefährlich, deshalb könne er hier nicht dauernd untergebracht werden. Bei jeder Unterhaltung kam er auf seine Familiengeschichte. Er jammerte und klagte, daß ihm die von seiner Frau ins Werk gesetzte Ehescheidung soviel Geld koste, daß nun auch seine Tochter noch Geld von ihm haben wolle. Dabei zeigte es sich, daß er über Geldangelegenheiten ganz gut orientiert war und daß auch sein Gedächtnis für die Ehescheidungsangelegenheit sehr gut war. Obwohl er alle Schuld der Frau zuschob, bat er doch einmal den Arzt, er möge veranlassen, daß die Frau hierher komme. Es sei doch nicht ausgeschlossen, daß er vielleicht sterbe, und da wolle er sie vorher noch einmal sehen.

Machte man ihm Vorhaltungen, daß er oft wider besseres Wissen falsche Antworten gäbe, so beteuerte er, daß dies nicht der Fall sei und behauptete entweder, seit dem Falle in die Mergelgrube oder seit dem Beginn der Ehescheidungsklage und dem Zerwürfnis mit seiner Tochter leide er an zeitweiser Gedächtnisschwäche.

Bei den Besuchen seiner Kinder zeigte er stets Interesse für den Stand der landwirtschaftlichen Arbeiten und gab auch Anweisungen, wie dies oder jenes zu regeln sei.

Als ihm geklagt wurde, daß sein jüngster Sohn nicht gut tun wolle, war er darüber sehr betrübt und hat nachher den Unterzeichneten, er möge doch den Sohn einmal ermahnen oder an den Oberamtsrichter schreiben, dieser möge seinem Sohne verbieten, daß er zu W. gehe.

Wahnideen und Sinnestäuschungen waren nicht festzustellen.

Die Stimmungslage war dem Inhalte seiner Vorstellungen entsprechend. Im allgemeinen war die Stimmung farblos, bei der Unterhaltung über seine Ehescheidung und bei Vorhalt seiner Simulation fing er vielfach laut an zu weinen.

Die Nahrungsaufnahme war gut. Am 1. November wog er 60,5 kg, am 1. Dezember 64,5 kg.

Der Schlaf war vielfach gestört. Wenn auch nicht direkte längerdauernde Schlaflosigkeit festgestellt wurde, so wachte S. doch sehr häufig mehrmals in der Nacht auf und wurde insbesondere bei jedem leichten Geräusch wach.

S. ist ein ziemlich kleiner, gut genährter, kräftig gebauter Mann. Der etwas breite Schädel ist nicht ganz symmetrisch, die linke Schädelhälfte ist etwas größer. Beklopfen des Schädels ist angeblich überall schmerzhaft. Unter dem linken Auge befindet sich nach dem Jochbogen zu eine verschiebliche Narbe. Auf dem linken Auge zeigt sich ein beginnender Star.

Die Pupillen reagieren bei Lichteinfall und bei Akkommodation.

An den Ohren nichts Pathologisches.

Im Gebiete des N. facialis und N. hypoglossus keine Innervationsstörung. An Herz und Lungen nichts Abnormes.

In der linken Leistenbeuge befindet sich eine runde Narbe, etwas kleiner als ein Pfennigstück, über deren Herkunft S. keine Angabe machen kann.

Auf dem rechten Unterschenkel findet sich eine Anomalie in der Muskulatur, die ohne weitere Bedeutung ist.

Die Knochen- und Sehnenreflexe sind überall in normaler Stärke vorhanden. Sensibilität und Lokalisationsvermögen sind intakt.

Zur Beurteilung des Geisteszustandes des p. S. erübrigt es nun noch, an der Hand der Akten seine psychische Persönlichkeit soweit als möglich festzustellen.

Was zunächst die Frage der erblichen Belastung anlangt, so ist die Angabe S.'s bezüglich seiner Mutter und Schwester nach den Ermittelungen des Oberwachtmeisters J. in H. vom 30. November 1905 nicht zutreffend. Auch in einem ärztlichen Zeugnis des Dr. med. B. vom 4. Juni 1884 ist nur erwähnt, daß die Eltern „körperlich recht gebrechlich" sind. Ebenso ist in Bittgesuchen des p. S. und seines Vaters nichts von Geistesschwäche der Mutter erwähnt.

Über S.'s Charakter und geistigen Fähigkeiten findet sich folgendes:

In den Akten Nr. 181 aus dem Jahre 1883 wegen Diebstahls gibt Gastwirt K. an: S. ist „sehr auf seinen Vorteil", „niemand will etwas mit ihm zu tun haben." ist „mit Worten durchaus nicht verlegen und versucht, sich stets herauszulügen". Schlachtermeister W. äußert sich, „der Ruf von S. ist sehr schlecht, er gilt allgemein für unredlich und verlogen".

Als er 1883 wegen zweier Diebstähle zu vier Wochen und vier Tagen Gefängnis verurteilt wurde, legte er zunächst Berufung ein, zog dieselbe aber zurück und reichte ein Bittgesuch um Umwandlung der Strafe in Geldstrafe ein. In diesem Bittgesuch bestreitet er jede rechtswidrige Absicht. Das Bittgesuch wird abschlägig beschieden und S. verbüßt seine Strafe vom 21. Januar 1884 bis 25. Februar 1884. Jetzt versucht er das Wiederaufnahmeverfahren und schreckt nicht davor zurück, den Versuch zur Verleitung eines Meineides zu unternehmen.

Deswegen zu einem Jahr sechs Monaten Zuchthaus verurteilt, versucht er zunächst wiederum das Wiederaufnahmeverfahren durchzusetzen. Nachdem dies

abgelehnt, bemüht er sich, die Strafe möglichst lange hinauszuschieben zu lassen. Als er dann kaum sieben Monate verbüßt hat, wird ein Gnadengesuch von seinem Vater eingereicht. In dem Bericht der Direktion der Gefangenenanstalten heißt es nun: „S. ist ein geistig beschränkter Mensch, er hat die beiden Diebstähle reumütig eingestanden und gibt an, daß er im Schamgefühl über seine wegen Diebstahls erlittene Verurteilung den Versuch gemacht habe, sich durch Berufung unter Hilfe eines tüchtigen Rechtsanwalts der Bestrafung zu entziehen." Er gibt zu, dem Rechtsanwalt etwas vorgelogen zu haben. Weiter heißt es dort: „Bei jedem Besuch auf der Zelle schwimmt er in Tränen und ist der Verzweiflung nahe. An der Tiefe und dem Ernste seiner Reue kann nicht gezweifelt werden, er hat volle Einsicht von der Strafwürdigkeit seiner Handlungsweise gewonnen."

Die Staatsanwaltschaft (Blatt 90) bezweifelt „bei der Verlogenheit des p. S.", daß seine Reue eine wahre ist. Es wurde daher das Gesuch abschlägig beschieden. Auf ein abermaliges Gesuch wurde ihm am 29. März 1885 der Rest der am 8. Juni 1884 angetretenen Strafe erlassen.

Im Jahre 1901 wurde S. wegen Hausfriedensbruchs und Beamtenbeleidigung — er hatte einen Lehrer in E. beschimpft — angeklagt. Er bestritt die ihm durch mehrere Zeugen nachgewiesenen Vergehen und wurde zu fünf Monaten und 14 Tagen Gefängnis verurteilt. Er legte wiederum Berufung ein, die jedoch verworfen wurde. Während er die Strafe verbüßte, reichte seine Ehefrau ein Begnadigungsgesuch ein, in dem sie ausführte, daß S. vielleicht unzurechnungsfähig sei.

S. wurde daraufhin von dem Gefängnisarzt untersucht, der darüber unterm 17. März 1902 berichtet, „daß die Untersuchung des p. S. keine Anhaltspunkte ergeben hat, daß irgendeine körperliche oder geistige Anlage bei demselben vorhanden sei, welche denselben zu einer Handlungsweise zwangsweise hinreißen konnte. Im Gegenteil macht der p. S. einen recht gesunden und auch geistig normalen Eindruck".

In den in der jetzt vorliegenden Sache ergangenen Akten finden sich endlich folgende Angaben: Fußgendarm Pl.-H.: „Der Angeschuldigte und auch sein Sohn stehen in schlechtem Rufe. Beide sind streitsüchtig, und beide sind als Lügner verrufen."

Landwirt M.-E.: „Die ganze Familie S. steht hier in schlechtem Rufe, besonders der Angeschuldigte selbst, der mit den Gerichten fortwährend zu kramen hat und der, wie hier allgemein die Meinung geht, in seinen Sachen immer übertriebene Behauptungen aufstellt, die sich hinterher als erfunden herausstellen. Man traut ihm hier im Dorfe wohl allgemein zu, daß er eines Meineides fähig ist".

Gemeindevorsteher Sch. sagt dasselbe aus, ebenso Stationskommandant J.

Als späterhin Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit geltend gemacht wurden, ergaben die Erhebungen folgendes:

Gemeindevorsteher Sch. hat „niemals Beobachtungen gemacht, aus denen zu schließen wäre, daß S. irgendwie geistig nicht normal sei", er hält ihn im Gegenteil „für einen äußerst schlauen und gerissenen Menschen".

Gerichtsassessor G. kennt S. aus zahlreichen Prozessen. Sein Urteil geht dahin, daß „er ein äußerst gerissener Mensch" ist, welcher namentlich die in Betracht kommende Sachlage durchweg klar durchschaut und in der Wahl seiner Auswege und Hilfsmittel keineswegs verlegen ist. Spuren geistiger Störung oder Minderwertigkeit hat er nie an S. beobachtet.

Überblickt man das vorstehende Material zur Beurteilung des Geisteszustandes des p. S., so könnte man zunächst auf den Gedanken kommen, S. sei von Jugend auf ein geistesschwacher Mensch. Hierfür könnten sein geringes Wissen und seine mangelhafte Merkfähigkeit sprechen. Zudem hat die Direktion der Gefangenen-

anstalten 1884 dieses Urteil ausgesprochen. Gegen diese Annahme spricht aber seine gesamte Lebensführung. Er hat seinen Hof regelrecht bewirtschaftet, er hat verschiedene Prozesse geführt, ohne daß je daran gedacht wäre, seine normale Geistesfunktion anzuzweifeln. Es käme dann ferner die Möglichkeit in Betracht, daß durch den erlittenen Unfall seine geistigen Kräfte Einbuße gelitten hätten, daß es sich bei ihm um einen geistigen Niedergang im Anschluß an eine Kopfverletzung handle. Jedoch auch diese Annahme ist irrig, da bei ihm nur ein einziges Symptom dieser Erkrankung, die scheinbar hochgradige Gedächtnisstörung, vorhanden ist, während eine Reihe anderer geistiger und körperlicher Krankheitserscheinungen fehlen. Auch pflegt sich die Form der Geistesstörung entweder sofort an die Verletzung anzuschließen oder sich sehr allmählich zu entwickeln.

Vor drei Jahren aber konnte der Gefängnisarzt in Wolfenbüttel keine geistige Abnormität an S. entdecken.

Bis zu seiner Verhaftung und anscheinend auch in der ersten Zeit der Untersuchungshaft ist S. in geistiger Beziehung nicht weiter aufgefallen. Daß sich aber nun in so kurzer Zeit eine derartig hochgradige Gedächtnisstörung entwickeln sollte, widerspricht aller wissenschaftlichen Erfahrung. Aber auch angenommen, es bestehe bei S. geistige Schwäche, so käme es einzig und allein auf den Grad an. Es wäre zu untersuchen, ob sein Schwachsinn so hochgradig ist, daß die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist oder nicht. Hierüber aber hat die Beobachtung kein sicheres Resultat ergeben, da S., wie aus dem Mitgeteilten hervorgeht, in so grober Weise simuliert hat, daß man nicht feststellen kann, inwieweit seine Geistesschwäche auf Simulation und inwieweit sie auf einem Mangel seiner geistigen Fähigkeiten beruht. Daß er über sein Vorleben und einfache landwirtschaftliche Dinge keinen Bescheid wissen will, ist ohne weiteres als Simulation aufzufassen. Daß er eben noch mit einem Wärter sich über Bekannte aus E. unterhält und im nächsten Augenblick nichts davon wissen will, ist sicherlich Simulation.

Abgesehen von hysterischen und epileptischen Störungen gibt es keine geistige Erkrankung, in deren Verlauf bei sonst normalem Verhalten solche partielle Gedächtnislücken, wie S. sie darzubieten scheint, vorkommen. Weder die übrige Untersuchung, noch der körperliche Befund bieten irgendwelche Anhaltspunkte dar, daß bei S. eine der genannten Erkrankungen in Betracht kommen könnte. Für geistige Schwäche spricht andererseits die fortgesetzte Simulation. Daß er immer wieder versucht, trotz Vorhalts die einfachsten Dinge nicht zu wissen, daß er dem Personale gegenüber sich ganz anders verhält als dem Arzte gegenüber, zeugt von ziemlicher Beschränktheit.

Die Tatsache aber, daß er bisher seine Lebensstellung ausgefüllt hat, daß er früher vor Gericht die Sachlage klar durchschaut hat, daß er seine Ehescheidungsangelegenheit genau auseinandersetzen kann, spricht dafür, daß der Grad des Schwachsinns kein sehr hoher ist.

Es wäre nun auch noch in Betracht zu ziehen, ob S. zurzeit der Begehung des ihm zur Last gelegten Meineides sich in einem Zustande der Bewußtlosigkeit oder krankhaften Störung der Geistestätigkeit, welche die freie Willensbestimmung ausschließt, befunden hat.

Daß bei ihm kein Zustand von Bewußtlosigkeit vorgelegen hat, geht wohl ohne weiteres daraus hervor, daß er sich genau erinnert, was seine Tochter und Rechtsanwalt B. von ihm verlangten.

Daß er durch die Forderungen dieser einigermaßen erregt geworden ist, mag zugegeben werden, daß er aber in seiner Aussage dadurch beeinflußt ist, ist nicht möglich, weil er noch heute diese Aussage ganz in derselben Weise wiederholt.

Ich gebe mein Sachverständigengutachten dahin ab, daß der Halbspänner Ch. S. aus E.:

1. sich am 22. Juni d. J. nicht in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit, welche die freie Willensbestimmung ausschließt, befunden hat;

2. derartig simuliert, daß zwar eine absolut sichere Feststellung, ob er sich jetzt in einem solchen Zustande befindet, nicht möglich ist, dies aber nicht anzunehmen ist, da die Angaben, die er rückhaltlos machte, dafür sprechen, daß der Schwachsinn nicht so hochgradig ist, daß durch ihn die freie Willensbestimmung ausgeschlossen würde.

Am 2. Februar 1906 begann vor dem Schwurgericht in Braunschweig die Verhandlung:

Der Angeklagte behauptete zunächst, sich der Vergangenheit nicht mehr zu erinnern. Über seine Vorstrafen wisse er nur, daß er wegen eines Streites mit dem Lehrer bestraft sei und daß er zurzeit eine Strafe wegen Mißhandlung seiner Tochter verbüße, sei ihm bekannt. Dagegen behauptete er, durch den Anblick seiner Tochter und die Unterredung mit dem Rechtsanwalt B. in so heftige Erregung geraten zu sein, daß er nachher nicht gewußt habe, was er gesagt, weil er an starker Gedächtnisschwäche leide. Auf die Frage des Vorsitzenden, ob er sich erinnere, daß er an demselben Tage, als die Verhandlung gegen P. stattgefunden, verhaftet sei, antwortete er: „Nein, das weiß ich nicht." Auch von der Schwurgerichtsverhandlung am 17. Oktober 1905 wollte er nichts mehr wissen.

Es folgte nun die Zeugenvernehmung. Als erster Zeuge wurde vernommen: Landgerichtsdirektor B., der Vorsitzende der Strafkammersitzung, in der S. den ihm zur Last gelegten Meineid leistete. Dieser Zeuge bekundete: Er erinnere sich des Termins noch sehr genau. S. sei ihm aus früheren Prozessen bekannt. Er kenne ihn als klar denkenden Mann, dessen Gedächtnis durchaus nicht gestört sei, der aber sehr leicht Hintertüren suche und es mit der Wahrheit nicht genau nehme. Er habe es deshalb für angebracht gehalten, S. zuletzt zu vernehmen. S.'s Aussage habe mit den übrigen Zeugenaussagen in krassem Widerspruch gestanden. Er habe deshalb S. scharf vorgenommen und ihn ernstlich verwarnt. Dennoch habe S. bei seiner einmal gemachten Aussage verharrt. Auf Antrag der Staatsanwaltschaft sei die Aussage S.'s zu Protokoll genommen. Von einer Aufregung des S. habe er nichts bemerkt. Während der Beratung des Gerichtshofes habe ihm der Gerichtsdiener mitgeteilt, S. wolle seine Aussage widerrufen. Der Gerichtshof sei dann in den Saal zurückgekehrt und S. habe erklärt, wenn er etwas zuviel gesagt habe, so wolle er das zurücknehmen. Auf die Frage, was er denn nun zurücknehmen wolle, habe S. seine erste Aussage wiederholt und behauptet, dies sei die reine Wahrheit. Darauf sei seitens der Staatsanwaltschaft der Antrag gestellt, S. wegen Verdachts des Meineids zu verhaften. Als der Angeklagte nun gemerkt habe, daß es ernst werde, habe er behauptet, er sei verwirrt, er wisse gar nicht, was er sage. Nun habe sich der Zeuge die größte Mühe gegeben, S. dazu zu bewegen, die Unwahrheit seiner Aussage einzugestehen und ihn auf den rechten Weg zu bringen, habe ihm gesagt, wenn er jetzt eingestehe, so werde seine Strafe milder. S. sei aber dabei geblieben, er habe die reine Wahrheit gesagt.

Der nächste Zeuge war lediglich Leumundszeuge für den ältesten Sohn. Seine Aussage kommt für die Beurteilung des S. nicht in Betracht. Darauf wurde ein Zeuge vernommen, der in der vorigen Schwurgerichtsperiode als Geschworener mitgewirkt hatte. Er hatte sich aus Interesse an dem Fall an den Punkt gestellt, von wo der Angeklagte seine Beobachtungen gemacht haben will. Er sagt aus,

daß man wohl von dort aus nach dem Tatorte hinsehen könne, man müsse aber sofort seinen Blick auf die betreffende Stelle werfen, sonst könne man keine genauen Beobachtungen machen.

Es wurde darauf S. aufgegeben, auf einem Lageplan die Stelle, von der aus er die Schlägerei gesehen habe, zu zeigen, er behauptete, dies nicht zu können. Der Vorsitzende machte S. dann noch einmal auf den Widerspruch aufmerksam, daß er bald gesagt, er habe gesehen, wie P. seinen Sohn mit einem Misthaken geschlagen, dann wieder, er habe es nicht gesehen. Der Angeklagte meinte dazu: „Ich soll gesagt haben, daß ich das nicht gesehen habe?" Vors.: „Ja, das steht hier auf dem Papier." Angekl.: „Na, denn laten Se et man stahn."

Auf Antrag der Staatsanwaltschaft wurde nun beschlossen, daß das Gericht am nächsten Tage die Örtlichkeit in Augenschein nehmen wolle; wenn möglich, sollten jedoch die Sachverständigen am ersten Sitzungstage vernommen werden.

Dann wurde mit der Zeugenvernehmung fortgefahren:

Oberlandesgerichtsrat H., der als Staatsanwalt in der Sitzung am 22. Juni tätig gewesen war, machte im wesentlichen dieselben Angaben, wie der erste Zeuge. Er ist im übrigen der Überzeugung, daß S. ein äußerst klar denkender Mann sei und seine Gedächtnisschwäche jetzt simuliere. Während der Beratung des Gerichts habe der Rechtsanwalt B. dem jetzigen Angeklagten S. zugeredet, er solle sich doch nicht unglücklich machen und solle das eben Gesagte zurücknehmen. Als das Gericht wieder erschienen sei, habe er aber schließlich doch wieder seine erste Aussage wiederholt; darauf sei er verhaftet.

Als nächster Zeuge wurde Gerichtsassessor G. aus H. vernommen; dieser hat S. in verschiedenen Gerichtsverhandlungen in H., dem Amtsgericht für S.'s Wohnsitz, kennen gelernt. Dabei hat er beobachtet, daß der Angeklagte S. sich der kleinsten Einzelheiten aus Vorverhandlungen genau erinnere; irgendeine Gedächtnisschwäche habe er niemals bei S. bemerkt. Als der Vorsitzende nach dieser Aussage den S. befragte, was er dazu zu sagen habe, meinte er: „Den lassen Sie man sagen, was er will."

Der nächste Zeuge war Rechtsanwalt B., der Verteidiger des P. in der Sitzung vom 22. Juni 1905. Er behauptete, mit S. erst gesprochen zu haben, nachdem S. seine erste Aussage gemacht habe. Aus den Handakten des Rechtsanwalts J., den Rechtsanwalt B. damals vertrat, wurde ein Stenogramm verlesen, das die Aussage des S. über den Hergang wiedergibt. (Die damalige stenographierte Aussage deckt sich völlig mit den später von S. gemachten Aussagen.)

Während der Beratung des Gerichtshofes habe er dann S. Vorschläge zur Schlichtung eines Streites wegen Körperverletzung seiner Tochter gemacht, zu dem an demselben Tage Termin anstand. Darauf sei er fortgegangen. Als ihm die Rückkehr des Gerichtshofes gemeldet sei, habe er geglaubt, das Urteil solle verkündet werden und sei wieder in den Sitzungssaal gegangen. Jetzt habe der Vorsitzende mitgeteilt, S. habe sich melden lassen, um eine Erklärung abzugeben. S. habe dann erklärt, wenn er zuviel gesagt, wolle er es zurücknehmen, sei aber schließlich wieder mit der ersten Aussage hervorgekommen. Daraufhin habe der Staatsanwalt seine sofortige Verhaftung beantragt. Während darüber beraten sei, habe er auf den Angeklagten einzuwirken gesucht, noch jetzt seine Aussage zurückzunehmen, da er dann milder beurteilt werde. Bei dieser Gelegenheit kam sein Sohn Otto dazu und erklärte, sein Vater solle ja nichts zurücknehmen, der Meineid müßte ihm erst durch drei Zeugen bewiesen werden. Zeuge habe dagegen opponiert und alles versucht, den jetzigen Angeklagten zu einer Zurücknahme seiner Aussage zu bewegen. Als dann der Gerichtshof die Verhaftung S.'s verkündet habe, habe S. wieder gesagt, wenn er's denn nicht so genau gesehen habe,

wolle er es zurücknehmen. Der Vorsitzende habe dann S. noch einmal nach den Vorgängen gefragt, jetzt habe er gesagt, so genau hätte er das doch wohl nicht gesehen.

Über den Geisteszustand des Angeklagten könne er nur angeben, daß er an S. nichts bemerkt habe, was auf irgendeine Störung deute. In seinem Urteile sei er stets klar und sicher gewesen.

Der nächste Zeuge war der Untersuchungsrichter Landgerichtsrat H. Er bekundete, daß S. am 10. Juli genau gewußt habe, was er unter Eid ausgesagt habe.

Bei späteren Vernehmungen habe er dann z. T. das, was er vorher behauptet, widerrufen und habe behauptet, er sei durch Rechtsanwalt B. verwirrt gemacht.

Darauf wurde der Gemeindevorsteher S. aus E. vernommen. Er bezeichnete den Angeklagten als klagesüchtig und als Querulant. Wenn er versucht habe, ihn von seinen Klagereien abzuhalten, habe der Angeklagte erwidert: er habe die Gesetzbücher im Hause, die Gesetzbücher des Gemeindevorstehers seien alt. Daß der Angeklagte an Gedächtnisschwäche leide, habe er nie bemerkt, er halte ihn für einen gerissenen Menschen. Auf Fragen des Sachverständigen Dr. Hampe gibt der Zeuge noch an, daß die Mutter des Angeklagten im Alter „etwas sonderbarer Natur“ gewesen sei, die letzten Jahre aber nicht in E. bei dem Angeklagten, sondern bei seiner Schwester verlebt und dort verstorben sei. Bezüglich Alkoholgenusses sei er sehr solide gewesen. Auf Dr. Meyers Fragen bekundet der Zeuge, daß S. seine Landwirtschaft ganz ordentlich betrieben habe; wenn der Hof etwas zurückgekommen sei, so liege das an den traurigen ehelichen Verhältnissen, an denen S. selbst wohl am meisten schuld sei. Sicherlich wisse er sehr wohl, was ein Wallach sei und kenne auch Gerste. Die Geldgeschäfte habe früher seine erste Frau geführt, aber in die landwirtschaftliche Bewirtschaftung habe er sich nicht hereinreden lassen, da „war er der Herr“. Eine dann über den Geisteszustand des Angeklagten vernommene 72jährige Zeugin H. aus H. gibt an, S. sei manchmal bißchen böse, manchmal auch wieder gut gewesen, er habe davon gesprochen, er wolle seine Tochter erschießen und sich aufhängen. Auf spezielle Nachfrage, ob sie denn etwas, was für Geistesstörung des S. spreche, bekunden könne, meint sie: S. sei soviel nach dem Pastor gelaufen, daß der seine zweite Frau zur Rückkehr in das S. Haus veranlasse. Sonst wisse sie nichts. Dann wurde die Tochter des Angeklagten vernommen. Sie gab an, durch die Besprechung mit dem Rechtsanwalt B., die vor dem Termine stattgefunden habe, sei ihr Vater ganz „wirr“ geworden. Seit ein „paar“ Jahren sei ihr Vater anders geworden, seit dem Ehescheidungsprozeß mit seiner zweiten Frau, habe oft nicht gegessen, sei verzweifelt gewesen, habe sich das Leben nehmen wollen, habe zuweilen Geschirr zerworfen. „Jähzornig war er nicht.“ Vergeßlich sei er in den letzten zwei Jahren geworden. „Für uns Kinder sorgte er viel.“

Auf spezielle Nachfrage des Sachverständigen Dr. Meyer gibt sie an, daß ihr Großvater zwar alkoholische Getränke getrunken habe, aber nicht viel. Daß ihr Vater nach Bier- oder Branntweingenuß irgendwelche Veränderungen in seinem Wesen und Verhalten gezeigt habe, ist ihr nicht bekannt, er habe aber selten etwas getrunken. Das Zeugnis des 16jährigen Sohnes war belanglos.

Auf den nächsten Zeugen, Oberwachtmeister J. aus H., hat S. den Eindruck eines lügenhaften Menschen gemacht, der sehr genau wisse, was er wolle. Denn ehe S. handele, habe er alles überlegt, wie er seine Sache durchsetzen oder wie er bei Beschuldigungen sich herauswickeln könne.

Die von S. angegebenen Beobachtungen könne er nach den von Zeugen angestellten Versuchen in der Feldmark E. nicht gemacht haben.

Die Schwester des S. sei geistig nicht abnorm, über die Mutter sei ihm nichts bekannt.

Der Zeuge Rechtsanwalt B. wurde dann nochmals vernommen, um den Widerspruch zwischen seiner und der Tochter S.s Aussage klarzustellen. Er blieb bei seiner ersten Aussage. Eine Verlesung des Protokolles vom 12. Juli 1905 über die Vernehmung des Rechtsanwalts B. durch den Untersuchungsrichter ergab die Übereinstimmung seiner jetzigen Aussage mit der damals gemachten.

Als der Angeklagte selbst gefragt wurde, behauptete er, er wisse nichts mehr von dem Tage, an dem die Strafkammerverhandlung stattgefunden habe.

Der dann vernommene Knecht des Angeklagten vermag über den Geisteszustand desselben nichts auszusagen.

Der Gendarm Pl. aus H. bekundet, daß er S. als lügenhaften Menschen kenne; seine Nachforschungen über den Geisteszustand der Mutter und der Schwester des Angeklagten haben nichts dafür ergeben, daß eine oder die andere, oder beide, wie der Angeklagte behauptet habe, geistig abnorm gewesen seien.

Dr. med. B. aus H. erstattete darauf sein Gutachten: Im Jahre 1891 sei S. in einer Mergelgrube verunglückt und habe schwere Kopfverletzungen, aber keine Schädelfraktur davongetragen. S. sei zunächst besinnungslos gewesen. Lange nachher habe er noch über Schwindel geklagt. Irgendeinen geistigen Defekt habe er bei S. nicht entdeckt. Er habe dann S. lange nicht zu Gesichte bekommen. In der heutigen Verhandlung sei ihm aufgefallen, daß S. seit dem Unfall prozeßsüchtig und halsstarrig geworden, aber eine krankhafte Geistesstörung, die seine freie Willensbestimmung ausschließe, liege seines Erachtens nicht vor, jedoch müsse er das Urteil über den Geisteszustand den übrigen Sachverständigen überlassen.

Dr. Roth wiederholt im wesentlichen das von ihm abgegebene schriftliche Gutachten, welches er auch nach dem Ergebnis der Verhandlung in vollem Umfang aufrecht erhielt; er weist besonders noch darauf hin, daß es auch in dem Termin deutlich zutage getreten sei, daß S. sich immer derjenigen Umstände, welche für ihn günstig lagen, recht gut erinnerte, während er alles andere vollständig vergessen haben wollte. Das Gutachten ging dahin, daß S. Simulant sei, daß er etwas beschränkt sein könne, aber keinesfalls so, daß daraus eine Unzurechnungsfähigkeit herzuleiten sei, daß auch kein Grund vorliege, für die Zeit des geleisteten Meineids bei ihm eine krankhafte Störung anzunehmen, welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen hätte.

Dr. Meyer legte in kurzen Zügen das Beobachtungsmaterial aus der Anstalt dar und kam auch auf Grund der heutigen Verhandlung zu den Schlußfolgerungen, in denen das schriftliche Gutachten gipfelte.

Dr. Hampe erstattete das jetzt veröffentlichte Gutachten.

Dr. R. und Dr. M. blieben bei ihrem Gutachten.

Gegen 11½ Uhr abends wurde die Sitzung geschlossen.

Am nächsten Tage fand dann an Ort und Stelle die Verhandlung weiter statt, die Sitzung des Schwurgerichts wurde in H. fortgesetzt. Es wurden noch acht Zeugen vernommen. Die Geschworenen bejahten die Frage des Meineides. Das Urteil lautete auf fünf Jahre Zuchthaus, Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte auf sechs Jahre und auf dauernde Unfähigkeit, als Zeuge oder Sachverständiger eidlich vernommen zu werden. In den Urteilsgründen wird ausdrücklich hervorgehoben, daß nach dem von uns erstatteten Gutachten S. etwas schwachsinnig und daher geistig minderwertig sei und dieser Umstand strafmildernd berücksichtigt sei.

Unsere Gründe, uns nicht auf den Standpunkt Dr. Hampes zu stellen, waren folgende:

Hereditäre Belastung ist weder aktenmäßig, noch durch Zeugen im Sinne Dr. Hampe festzustellen, selbst Dr. B. erwähnt von den Eltern nur, daß sie körperlich gebrechlich gewesen seien.

Wenn Dr. Hampe (S. 435) sagt, daß „nicht jeder Mensch im Alter geistesschwach werden muß", so ist dies nicht zu bestreiten, dagegen, „daß der, der es wird, erblich dazu disponiert war, wenn sonst keine Ursachen nachweisbar sind", ist in dieser Allgemeinheit nicht anzuerkennen. Soll sich diese Behauptung auf die Mutter des S. beziehen, dann fehlt — selbst Hampes Behauptung als zu Recht bestehend angenommen — jeder Nachweis für diese Disposition; im Gegenteil, obiges Gutachten des Dr. B. läßt eher auf irgendeine Altersdegeneration (Arteriosklerose?) schließen, — es würde damit also eine andere Ursache nachweisbar sein. S. selbst kann Dr. Hampe wohl nicht gemeint haben, da er bei ihm ja angeborenen Schwachsinn annimmt.

Die Behauptung Dr. Hampes, „der zweite Sohn des Angeklagten ist als schwach befähigt anzusehen", wird dem Gutachten nach einzig und allein aus dem Umstande geschlossen, daß dieser Sohn aus der vierten Klasse konfirmiert war. Eine solche Schlußfolgerung erscheint uns ohne Darlegung weiterer Gründe unberechtigt, da dieser Sohn des S. erst lange Zeit in der Dorfschule war und dann in der letzten Schulzeit in die Stadtschule kam, wo er, wie dies in der Regel ist, in eine tiefere Klasse kam und daher aus der vierten konfirmiert wurde. Den Eindruck eines Schwachsinnigen hat er auf uns bei seiner Vernehmung nicht gemacht; eine weitere Beobachtung desselben ist allerdings nicht vorgenommen worden.

Als Beweis für eine geistige Anomalie der Tochter wird von Dr. Hampe der Umstand betrachtet, daß die Tochter nächtlicherweile ausgeblieben ist und schließlich von dem Manne, der sie später geheiratet hat, geschwängert ist. Wer die ländlichen Verhältnisse kennt, wird aus diesen Tatsachen kaum eine geistige Anomalie herleiten können.

Welcher Art der Zweifel an der geistigen Gesundheit des S. seitens der Gefängnisbeamten gewesen ist, gibt Dr. Hampe nicht an. Dem Gerichtsarzt haben sie wiederholt ihre Ansicht dahin ausgesprochen, daß S. Simulant sei und ihm dafür auch entsprechende Beweise geliefert, so z. B. wenn S. dem Gerichtsarzt angab, er könne nicht lesen, berichteten die Gefangenenaufseher, das sei gelogen, S. habe die Briefe seiner Kinder gelesen. Ferner berichteten die Gefangenenaufseher, daß S. sich bei den Anfragen der Kinder über wirt-

schaftliche Angelegenheiten ganz anders benommen habe, als bei den gleichen Fragen seitens des Gerichtsarztes.

Über die Angabe der Direktion der Gefangenenanstalten und den Befund des Gefängnisarztes in Wolfenbüttel gibt schon das schriftliche Gutachten Dr. Meyers Aufschluß.

Eine Intoleranz gegen Alkohol wurde von der Tochter bei ihrer Vernehmung bestimmt bestritten, auch sonst ist diese niemandem aufgefallen.

Daß S. sehr zurückgezogen und solide gelebt, Gastwirtschaften so gut wie gar nicht besucht hat, hat wahrscheinlich darin seinen Grund, daß niemand im Dorfe mit ihm verkehren mochte.

Bezüglich des Unfalles gab Dr. B. an, daß er bei seiner Behandlung im Jahre 1891 keinen geistigen Defekt an S. entdeckt habe. Im Gegensatz zu Dr. Hampe gab dieser Gutachter ferner ganz bestimmt an, daß S. keine Verletzung am knöchernen Schädel, sondern lediglich Weichteilwunden davongetragen habe. Von Folgeerscheinungen hat Dr. B. nur die Klagen des S. über Schwindel festgestellt.

Als sehr wesentlich für die Aussage des S. kommt der Umstand in Betracht, daß S.s Angaben bei den polizeilichen Vernehmungen durch den Fußgendarm P. und den Stationskommandanten J. genau gleichlautend sind mit seinen Aussagen in dem Termin, daß also von einer Verwirrung durch den Rechtsanwalt B. (selbst wenn sie vor der Aussage des S. stattgefunden hätte) keine Rede sein kann. Er hat zweifellos so ausgesagt, wie er vorher sich vorgenommen hatte. Dem Einwirken des Rechtsanwalts B. wäre es offenbar noch im letzten Augenblicke beinahe gelungen, den S. zu veranlassen, seine Aussage zu widerrufen. Daß er dies nicht tat, ist unseres Erachtens zurückzuführen lediglich auf die Vorstellung von der Strafe des Meineides und insbesondere auf die Äußerung des ältesten Sohnes, erst müßte ihm durch drei Zeugen der Meineid nachgewiesen werden. Wie wenig einerseits den Angaben des S. Wert beizumessen ist, wie wohlüberlegt er andererseits seine Sache zu führen gewußt hat, geht daraus hervor, daß er während der Untersuchungshaft zuerst bei seiner Vernehmung durch den Untersuchungsrichter angab: er habe seine Aussage der Wahrheit gemäß gemacht und bestreite bestimmt, sich eines Meineides schuldig gemacht zu haben, dagegen wisse er nichts mehr davon, daß er seine Aussage hinterher widerrufen habe, er sei durch den Rechtsanwalt B. ganz verwirrt gemacht worden und wisse deshalb nicht, was er hinterher gesagt habe. (Diese Angabe stimmt übrigens auffallend mit den Bekundungen des Rechtsanwalts B. überein, daß er erst nach der Aussage mit S. sich unterhalten habe.) Nachher ist nun S. zweifellos klar geworden, daß er sich immer besser stände, wenn er gar nichts wisse, und so schickte er am folgenden Tag einen Brief an das Landgericht,

er müsse seine gestrige Aussage zurücknehmen, er wisse überhaupt nichts mehr von der Verhandlung. Auch bei der darauffolgenden mündlichen Vernehmung behauptete er nunmehr und von da ab konsequent, nicht nur von Widerrufen, sondern überhaupt von der ganzen Gerichtsverhandlung und seiner Aussage nichts mehr zu wissen, Rechtsanwalt B. habe ihn vor seiner Aussage verwirrt gemacht.

Nach unseren Beobachtungen halten wir es nicht für angängig, auf die Angaben des so stark simulierenden Untersuchten bezüglich der Sensibilität, Lagebewußtsein, Lokalisation etwas zu geben. Noch viel weniger halten wir die Resultate der Untersuchungen mittels der Wortpaarmethode und der Wiedergabe von Bildern — so wertvoll sie sonst sind — in einem Falle wie dem vorliegenden für geeignet, daß man darauf eine Geistesstörung im Sinne des § 51 vor Gericht stützen kann.

Daß bei S. „Fehlerinnerungen, die das wirkliche Nichtwissen verdecken und die Lücke der Erinnerungslosigkeit ausfüllen", wirklich vorhanden gewesen sind, glauben wir nicht. Der von Dr. Hampe in dieser Richtung als Beweis angeführte Stein existierte, wie Dr. Hampe anzunehmen scheint, nicht nur in der Phantasie des Angeklagten, sondern spielte als Asservat in den ersten Gerichtsterminen eine Rolle. Der „mehr als faustdicke Stein" war in der Verhandlung vorgelegt und P. (der Gegner des S. jun.) behauptete, der S. jun. habe ihn mit diesem Stein gegen die Hüfte geworfen und darauf habe er den Stein ergriffen und, als S. ihm beim Ringen in den Mund gefaßt, habe er ihn gebissen und sich mit dem Stein nach Möglichkeit gewehrt. Von den Wunden des S. jun. war es auch weniger die unbedeutende Kopfwunde, als der zerbissene Finger, den S. sen. erwähnte, der also auf ihn den Haupteindruck gemacht hatte.

Wir können uns ferner auch nicht mit Dr. Hampe einverstanden erklären, die bestimmten Angaben intelligenter Zeugen, wie z. B. des Assessor G., vollständig außer acht zu lassen. Wenn dieser Zeuge angibt, daß er (und zwar in der Zeit, als der Meineid stattfand) in S. einen äußerst gerissenen Menschen kennen gelernt hat, welcher namentlich die in Betracht kommende Sachlage durchweg klar durchschaute usw., ein Zeuge, der in wiederholten Prozessen sich sehr eingehend mit S. beschäftigt hat, so sind für uns gerade in einem Falle, wie dem vorliegenden, wo durch die Übertreibungen des Untersuchten ein genauer Anhalt über die Intelligenz nicht möglich ist, solche Angaben nicht belanglos. Dasselbe gilt von den Angaben des Rechtsanwaltes B.

Daß ein Simulant niemals seine Antworten verbessere und daß — wenn dies der Fall wäre — hierin der klarste Beweis gegen Simulation läge, müssen wir nach unseren Erfahrungen bestreiten. Wenn Dr. Hampe in dem Verhalten, wie es in unseren Gutachten geschildert ist, keine Simulation sieht, so können wir seine Ansicht keinesfalls teilen. Daß

wir dem Angeklagten nicht von vorherein gezeigt haben, daß wir ihn für den größten Gauner und Simulanten hielten, brauchen wir wohl nicht erst zu versichern. Für uns war gerade diese plumpe Simulation der Grund zu der Annahme, daß ein gewisser Grad von Beschränktheit vorliegen müsse. Von einer schwachsinnigen „Übertreibung“ kann man doch ganz gewiß nicht mehr sprechen, wenn ein Mensch, der bis dahin ein großes landwirtschaftliches Wesen geleitet hat, nicht wissen will, ob ein Ochse kalbt oder was Gerste und Hafer ist.

Eine psychologische Erklärung des Meineides erscheint uns sehr naheliegend: In dem Streite des Sohnes mit P. macht der Vater Angaben, welche seinen Sohn entlasten und den ihm verhaßten P. belasten sollen. Daß der ganze Streit zwischen Vater und Sohn besprochen wurde, ist doch wohl — wenngleich Dr. Hampe dies bezweifelt — anzunehmen. Es wäre ja ganz unnatürlich, wenn dies nicht geschehen sein sollte! Bei seinen Angaben läßt sich S. ganz von diesem Motiv leiten, er gibt etwas an, was zwar an sich möglich wäre, aber nicht den Tatsachen entspricht. Nachdem er aber die falsche Aussage gemacht, wird er schon schwankend, als der Staatsanwalt seine Aussage protokollieren läßt; er wird abermals schwankend, als die Verhaftung droht, kann sich aber schließlich nicht dazu entschließen, seine Aussage richtig zu stellen und dadurch zuzugestehen, daß er einen Meineid geleistet hat.

Wir stehen nach diesen Ausführungen nicht an, die Aussage des S. anzusehen als „die rein kriminelle Form der völlig bewußten falschen Aussage aus Motiven des Egoismus, des Hasses usw., die sich strafrechtlich im Begriff des Meineides verdichtet hat“ (Sommer, Die Forschungen zur Psychologie der Aussage, S. 44).

III.

Ueber die Littlesche Form der cerebralen Kinderlähmung.

Von **Dr. A. Dannenberger,** Oberarzt an Dr. v. Ehrenwalls Anstalt in Ahrweiler.

Indem ich auf die Arbeit über die porenkephalische Form der cerebralen Kinderlähmung, welche in Band I, Nr. 2 dieser Zeitschrift erschienen ist, hinweise, bringe ich im Folgenden die Darstellung eines Falles von „Littlescher Krankheit". In dem erwähnten Aufsatz ist eine Diskussion über den allgemeinen Begriff der cerebralen Kinderlähmung in genügender Ausführlichkeit vorgenommen worden, so daß wir uns hier auf einige einleitende Sätze über die zum speziellen Gegenstand der Schilderung gemachte besondere Form der genannten infantilen Erkrankung beschränken können.

Das Wesen der Littleschen Krankheit besteht vorwiegend in einer angeborenen oder frühzeitig erworbenen Schädigung der Pyramidenbahnen.

Diese Störung, welche als typische Form der Krankheit zu gelten hätte und die, wenn sie isoliert vorkäme, ideal zu nennen wäre, konnte aber von den Autoren nicht allein unter dem Namen der Littleschen Krankheit festgehalten werden. Vielmehr müssen außer denjenigen Fällen, bei denen es sich um eine nur auf defekter Keimentwicklung beruhende mehr oder weniger isolierte Aplasie der Pyramidenbahnen handelt, auch jene andersartigen hinzugerechnet werden, bei denen die Aplasie die Folge einer deutlichen foetalen Erkrankung darstellt, welch letztere auch weitere Gebiete des Zentralnervensystems in Mitleidenschaft zieht. Durch diese Begriffsbildung wird eine förmliche Intensitätsklimax von Fällen gebildet, deren Extreme nach der pathologischen Seite so gestaltet sind, daß sie klinisch von einer doppelseitigen Porenkephalie kaum noch getrennt werden können (Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1905, S. 197). Diese extremen Fälle dürften denn auch diejenigen sein, bei denen oft recht erhebliche Intelligenzdefekte ein wichtiges Symptom bilden. Da aber die intellektuellen Fähigkeiten mit der Tätigkeit der Pyramidenbahnen nach dem heutigen Stande der Wissenschaft physiologisch nicht verbunden werden können, so

dürfte es zweckmäßig sein, alle Fälle aus dem klinischen Gebiet der Littleschen Krankheit anszuscheiden, bei denen überhaupt nicht-motorische Symptome einen wichtigen Bestandteil der klinischen Erscheinungen darstellen.

In ätiologischer Hinsicht kommen neben mangelhafter Keimentwicklnng demnach Degenerationen in Betracht, die anf entzündlicher oder tranmatischer Grundlage (Geburtsschädigung) beruhen. Wichtig ist, daß das schädigende Moment bereits vor, während oder knrz nach der Geburt gewirkt habe.

Die wesentlichen klinischen Symptome ergeben sich ans der anatomischen Grundlage nnd bestehen in Ausfallserscheinnngen. Dnrch die doppelseitige Störung der Pyramidenleitung wird die Einwirkung des Großhirns anf die motorischen Zentralorgane in den Vorderhörnern des Rückenmarks mehr oder weniger behindert. Dadnrch wird die willkürliche Muskeltätigkeit beeinträchtigt (Hetero-Parese), nnd es entwickeln sich durch Ausschaltung von Hemmnngseinflüssen Reflexsteigernngen und spastische Kontraktnren. Wenn diese beiden Symptome frühzeitig beobachtet werden und das ganze Bild beherrschen, so hat man Littlesche Krankheit zn diagnostizieren.

Wie aber oben erwähnt, bilden die motorischen Ausfallserscheinnngen keineswegs den einzigen Befnnd im Krankheitsbilde, vielmehr denten wichtige Symptome daranf hin, daß nicht nur die Pyramidenbahnen, sondern anch andere Teile des Gehirns affiziert sein können. Epileptische Anfälle müssen ganz entschieden als Symptome der Rindenreiznng angesehen werden nnd beweisen, daß man es mit einer Veränderung außerhalb der Pyramidenbahnen zn tun hat. Dasselbe gilt, wenn bei Littlescher Krankheit eine Störnng der Intelligenz anftritt. Es kommen hier zwei Symptome herein, welche in das Gebiet der Porenkephalie gehören, die in ihrer Eigenschaft als einem lokalisierten Rindendefekt dementsprechende Reiz- und Ausfallserscheinnngen macht.

Es geht ans dem Gesagten hervor, daß bis jetzt das klinische Bild der Littleschen Krankheit noch nicht genügend scharf nmschrieben ist, als daß jeder einzelne Fall mit Sicherheit erkannt werden könnte. Gleichwohl ist das doch in den meisten Fällen möglich und es ist eine Anfgabe der klinischen Forschnng, die Symptomatologie der Littleschen Krankheit von der der doppelseitigen Porenkephalie weiterhin zn differenzieren.

In folgendem bringen wir einen hierher gehörigen Fall:

S. H. V., geb. 15. XII. 01 in S., kam im Dezember 1905, also im fünften Lebensjahre, zur poliklinischen Untersnchnng.

Der Vater snchte mit dem Kinde die Klinik anf, weil des letzteren geistige Leistungen und sein Bewegungsvermögen mit gleicher Dentlichkeit hinter denen normaler Kinder znrückblieben.

Die Ätiologie der Krankheit bleibt in diesem Falle durchaus dunkel. Die betreffende Schwangerschaft fiel nur insofern auf, als sie, wegen von jeher bestehender Unregelmäßigkeit in der Periode der Mutter, erst spät erkannt wurde. Kein Schwangerschaftstrauma, keine während der Schwangerschaft bemerkbaren Ernährungsanomalien des Fötus können im Sinne der Ursache des späteren Leidens verdächtig gemacht werden. Auch die Geburt selbst bedeutete keine das Kind abnorm alterierende Episode, sie verlief bei normaler Kindslage innerhalb acht Stunden spontan.

Dagegen berechtigt der *schwächliche Zustand* des Kindes selbst bei der Geburt zu der Vermutung, daß die Ernährung im fötalen Leben eine schlechte und die Entwicklungsenergie vielleicht eine zu wenig intensive gewesen sei. Schon zu dieser Zeit wurden Abnormitäten auf dem Gebiet des *Motorischen* beobachtet, aus denen auf eine Störung im Verlauf der motorischen Bahnen zu schließen war. Zunächst fiel nur eine merkwürdige Haltung im Kreuz auf, die aber von dem Vater bei der Exploration nicht mehr charakterisiert werden konnte. Im Laufe der Zeit mehrten sich die Anzeichen für eine *organische* Störung im Zentralnervensystem. Nach einem Jahre konnte der Knabe noch *nicht kriechen*, geschweige denn stehen. Frühzeitig wurde beobachtet, daß das Kind *schiele*. Der Mund stand, wenn der Junge nicht abgelenkt war, offen, die Zunge machte eigentümliche, athetotische Bewegungen. Das Kauen fiel schwer, die Kopfmuskulatur war offenbar nicht stark genug, um den Kopf ganz zurück zu halten und es kam jenes Hängenlassen des Kopfes zustande, das nach *Oppenheim* (Lehrbuch der Nervenkrankheiten, S. 852) für die an L. K. leidenden Kinder charakteristisch ist. Diese Schwäche hat sich übrigens im letzten Jahre gebessert. Die *Intelligenz* erwies sich dabei als relativ wenig gestört. Das Kind zeigte sich ziemlich erziehbar und hielt sich rein. Die Sprachentwicklung aber blieb stark zurück, erst mit $2^1/_2$ Jahren konnte das Kind Mama und Papa sagen.

Bereits frühzeitig wurde mit Rücksicht auf den *spastischen Typus der Paraplagie* die Diagnose Littlesche Krankheit gestellt. Es kommt in differentialdiagnostischer Hinsicht nur noch eine doppelseitige Porenkephalie in Betracht, gegen welche Annahme indessen das Fehlen der bei letzterer Form gewöhnlich vorhandenen sehr starken Intelligenzstörungen und der Epilepsie sprechen.

Das Fehlen des ersteren Symptoms müßte den Ausschlag geben bei der Frage, ob nicht vielleicht eine diffuse Hirnsklerose vorliege, wobei man aber wie gesagt einen viel stärkeren Grad von Schwachsinn zu erwarten hätte.

Um so interessanter sind die Begleiterscheinungen einer im Juli 1905 einsetzenden *fieberhaften Erkrankung*. Die letztere

setzte plötzlich mit 38,9 ° ein und verlief unter Darmsymptomen: stark riechender Durchfall. Diese Erkrankung alterierte das psychische Verhalten wesentlich. Das Kind war schläfrig und benommen, weinerlich, phantasierte und verfiel kurz nach Eintritt des Fiebers in Krämpfe, die ganz offenbar den Typus epileptischer hatten. Sie sollen auf der rechten Seite intensivere Zuckungen erzeugt haben als auf der linken. Bei diesem einzigen Anfall blieb es bemerkenswerterweise, wie denn auch mit dem Verschwinden der fieberhaften Erkrankung alle andern, deshalb nur als akute Reizerscheinungen aufzufassenden psychischen Symptome wegblieben.

Da die Sprache in der nächsten Zeit nach der Krankheit Fortschritte machte, so ist es ganz unwahrscheinlich, daß die epileptischen Krämpfe als Symptom einer direkten durch Entzündungsvorgänge an der Rinde bedingten Reizung aufzufassen seien und es gewinnt die Annahme an Wahrscheinlichkeit, daß es sich um vom Darm her ausgelöste Krämpfe handle, wie sie bei Kindern beobachtet werden. Einen wesentlichen Fortschritt im Sinne einer Verschlimmerung machte jedenfalls der Symptomenkomplex im Anschluß an diese Krankheit nicht. Die Therapie, welche in Bädern und Umschlägen bestand, hatte allerdings auch keinen Erfolg aufzuweisen.

Als der Knabe dann in der Poliklinik vorgestellt und hier von Professor Sommer untersucht wurde, war es schon sehr bald ganz klar, daß ein reiner Fall von L. K. vorliege, wie sie Freud bei der ersten Gruppe seiner Einteilung der cerebralen Kinderlähmung im Auge gehabt zu haben scheint, nämlich eine Aplasie der Pyramidenbahnen ohne wesentliche Beteiligung anderer Systemelemente. Die krankhaften Befunde erstreckten sich im wesentlichen nur auf das Gebiet der motorischen Tätigkeit und waren vom Typus der doppelseitigen spastischen Parese, wobei die spastischen Erscheinungen die paretischen ganz deutlich überwogen. Es wurden außer einer beiderseitigen Spitzfußstellung Spasmen in den sämtlichen Extremitäten und in verschiedenen Gegenden der Kopfmuskulatur gefunden, bei gleichzeitig normaler Länge der Extremitäten.

Die Sprache war erschwert, nicht sowohl wegen der Lähmungen im Hypoglossus und Glossopharyngeus als wegen der Spasmen in der den Unterkiefer nach unten ziehenden Muskulatur, weshalb alle Laute, die eine Tätigkeit der letzteren nicht beanspruchen, gut gesprochen wurden, wie sich aus der nachfolgenden Darstellung der Sprachprüfung ergibt.

a = richtig
b = richtig, normale Lippeninnervation
c = ungefär dsc, stoßend
d = dĕ
e = ĕ, sehr kurz stoßend
f = ĕ, mit Neigung den Mund weit offen zu halten

pf = wird ziemlich richtig gesprochen, sobald der Unterkiefer passiv etwas gehoben wird und die Lippen dadurch einander etwas näher gebracht werden
g = dĕ, einigemale gă
gä = gă
ge = dĕ
gä = gä
h = andeutungsweise richtig
i = fehlt, durch ĕ oder ă ersetzt
u = ŏ
k = Mittellaut zwischen ka und ga
kopf = richtig
l = ĕ
lă—lă = keine Reaktion
m = richtig
n = ä, bei Unterstützung des Unterkiefers deutlich en
o, p = richtig
q = kŏ
r = ĕ
s = mißlingt, die Untersuchung wird abgebrochen.

Die Kniephänomenen waren beiderseits lebhaft, bemerkenswerterweise aber auf der Höhe des Ausschlags gehemmt (Spasmus!)

Sehr zu betonen ist die Differenz zwischen scheinbarer und wirklicher Schädigung der Intelligenz. Dem oberflächlichen Beschauer mußte das mit ausdruckslosem, starrem Gesichte und mit halboffenen Munde dasitzende Kind einen stark idiotischen Eindruck erwecken. Bei genauerer Untersuchung aber erwies es sich als wesentlich höher stehend. Zunächst wurde nachgewiesen, daß der sprachliche Defekt nicht etwa auf einem intellektuellen Minus beruhe, sondern daß die Innervationsstörung der Sprachmuskulatur den erheblichen Defekt vortäusche. Daß die Perzeption, Apperzeption, Aufmerksamkeit relativ gut waren, geht daraus hervor, daß das Kind imstande war, die isoliert ausgesprochenen Buchstaben mit deutlicher Aufmerksamkeit und lebhafter Bemühung nachzusprechen, wie auch anderen Aufforderungen nachzukommen.

Hiermit ist zugleich die Frage der Therapie berührt. Es hat die Untersuchung den Nachweis geliefert, daß das Kind überhaupt bildungsfähiger sei, als man zunächst vermuten konnte, und daß der Grad der Bildungsfähigkeit durch Unterricht und Erziehung mindestens erst festgestellt werden müsse. Außerdem ist angesichts der Tatsache, daß das Kind Bewegungsversuche, die ihm beim ersten Versuch mißlangen, bei wiederholten und intensiveren Willensanstrengungen doch noch glücklich zu Ende führte, anzunehmen, daß eine planmäßige Übungstherapie, event. verbunden mit Massage und passiver Dehnung, die Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit wenigstens auf ein etwas geringeres Maß zurückzuführen imstande sein werde.

IV.

Beitrag zur praktischen Verwendung des Sommerschen Reflexmultiplikators.

Von **Dr. Th. Becker,**
Stabsarzt, kommandiert zur Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Gießen.

Die Untersuchung mit graphischen Methoden ist ein unbestreitbarer Fortschritt der Diagnostik zur Feststellung physiologischer und pathologischer Lebenserscheinungen. Sie gestattet, schnell verlaufende und komplizierte Funktionen aufzulösen, sie zu fixieren und hierdurch feine Bewegungen durch Zerlegung in ihre Komponenten in ihren Einzelheiten zu studieren. Sie gestattet die Vergleichung der Lebenserscheinungen bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten und unter verschiedenen experimentellen Bedingungen. Sie ermöglicht die einwandfreie Vergleichung derselben Funktion bei verschiedenen Individuen, mit der Möglichkeit beliebiger Nachprüfung und Vergleichung. Hierbei ergibt sich ungezwungen eine Grundlage zur Beurteilung, zur Einteilung in verschiedene Typen.

Die Anwendung graphischer Untersuchungsmethoden ergibt durch die Sinnfälligkeit und Vergleichbarkeit ihrer Ergebnisse eine bedeutende Beweiskraft für die aus ihnen gezogenen Schlüsse. Diese Vergleichbarkeit ist ein besonderer Vorzug bei Begutachtungsfällen aller Art, die der klinischen Beobachtung, oft wiederholt und in langen Zwischenräumen, zugehen. Die Vergleichung der Kurven gibt hierbei ohne weiteres einen eventuellen Fortschritt z. B. tabischer oder ataktischer Erscheinungen, einen Rückgang allgemein nervöser Reizsymptome und dementsprechend Besserung der Erwerbsfähigkeit.

Die Analyse von Kurven und deren Vergleichung mit der großen Zahl von entsprechenden Aufnahmen aus dem seit elf Jahren gesammelten Beobachtungsmaterial der Klinik ergibt nicht nur einen **diagnostischen**, sondern auch oft genug einen **prognostischen** Aufschluß über den einzelnen Fall. Öfters auch deckt die Untersuchung mit den graphischen psychophysischen Methoden verborgene, im angeborenen Wesen des Beobachteten begründete Abnormitäten auf, die einen überraschenden

Einblick in seine Eigenart, sowie die Begründung für manche, sonst fast unerklärliche Vorkommnisse in dessen Vergangenheit ermöglichen.

Derartige Gedankengänge erweckte u. a. die Betrachtung des folgenden Begutachtungsfalles.

Es handelt sich um einen dreißigjährigen Hilfsheizer F. T., der nach mancherlei Fährlichkeiten, die später noch kurz zu erwähnen sind, endlich definitiv angestellt werden sollte; bei der hierzu erforderlichen bahnärztlichen Untersuchung wurde außer geringfügigen sonstigen Abnormitäten (Krampfaderbildung usw.) eine deutliche Ungleichheit der Pupillen und Fehlen der Kniephänomene gefunden und im Hinblick auf die Frage einer beginnenden tabischen Paralyse Oberbegutachtung in der Klinik beantragt.

Der Untersuchte gab, übereinstimmend mit seinen Personalakten, an, daß sein Vater noch vor seiner eigenen Geburt durch einen Unglücksfall im Bahndienst umgekommen ist. In der nähern und weiteren Verwandtschaft seien Geistes- und Nervenkrankheiten, Krämpfe usw. nicht vorgekommen. In der Schule habe er gut gelernt, immer die besten Zeugnisse gehabt. — Er sei nie wesentlich krank gewesen; insbesondere habe er sich keine Geschlechtskrankheit, keinen Schanker zugezogen. Vier Jahre sei er verheiratet, habe einen gesunden Sohn; ein Abort sei nicht vorgekommen. — Er habe nie an Krämpfen oder Schwindelanfällen gelitten; früher habe er zeitweise Kopfschmerzen gehabt, in den letzten Jahren nicht mehr. Seit vier Jahren lebe er völlig alkoholabstinent. Er schlafe sehr gut, habe keinerlei Beschwerden, halte sich für völlig gesund. — Die Fragen nach etwaiger Unsicherheit beim Gehen im Dunkeln und über etwaige Abnahme seines Gedächtnisses verneinte er bestimmt.

Die Untersuchung des gesund aussehenden und kräftigen Mannes ergab keine Veränderung an den lebenswichtigen Eingeweiden der Brust- und Bauchhöhle. — Psychisch bot er keine Störung. Er war durchaus orientiert, machte präzise und klare Angaben über seine Vorgeschichte und persönlichen Verhältnisse. Seine Schulkenntnisse sind recht gut: er rechnete richtig und schnell, auch schwierigere Aufgaben. Er faßte schnell und richtig auf, seine Gedankenverbindungen waren logisch; eine Störung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses war nicht nachzuweisen. Seine Stimmung war leicht gedrückt und etwas ängstlich; — physiologisch durch die Unruhe über den Ausgang der Untersuchung, die ja von einschneidendster Bedeutung für die fernere Lage seiner Familie sein mußte, genügend begründet.

Somit hatte die Untersuchung seines Seelenzustandes keine krankhaften Erscheinungen geoffenbart, vor allem keine auf schwere organische Veränderung des Zentralnervensystems hinweisenden Zeichen, wie Abnahme der Intelligenz, wahnhafte Vorstellungen.

Auch die Untersuchung des Nervensystems ergab im allgemeinen regelrechte Verhältnisse.

Das Gesicht ist gleichmäßig und gut innerviert, die Gesichtsbewegungen normal ausführbar. Die Zunge kann gut und frei bewegt werden, ebenso hebt sich das Gaumensegel gleichmäßig. Die Augen können nach jeder Richtung hin beliebig bewegt und in jeder Stellung festgehalten werden, zeigen keinen Nystagmus.

Die Sprache ist ohne charakteristische Fehler, auch beim Nachsprechen von Prüfungsworten. Ebenso zeigt die Schrift keine Abweichungen.

Die Prüfung des Gefühlssinnes ergibt keinerlei Abweichungen in den verschiedenen Qualitäten und an irgendeinem Körpergebiet. Ebenso zeigt die Untersuchung der Bewegungsfähigkeit nichts Abweichendes; es sind keinerlei Lähmungs-, Ausfalls- oder Reizerscheinungen nachzuweisen. Die Prüfung der feineren zusammengesetzten Bewegungen an Armen und Beinen ergibt ebenfalls normale Verhältnisse. Er kann bei geschlossenen Augen richtig und prompt Bewegungen, wie Zeigefinger an ein Ohr oder zur gegenseitigen Berührung bringen, Ferse auf Knie legen usw., ausführen. Auch der Gang zeigt nichts Abweichendes.

Die Untersuchung der Knochenhaut- und Sehnenreflexe an den obern Gliedmaßen ergibt deren gleichmäßiges, lebhaftes Vorhandensein auf beiden Seiten. — Ebenso sind die Bauchdecken-, Hodenheber-, Achillessehnenreflexe beiderseits gleich gut, normal auslösbar. — Die ausgestreckten Finger zeigen kein sichtbares Zittern.

Insofern hat also die Untersuchung bisher durchaus normale Verhältnisse ergeben.

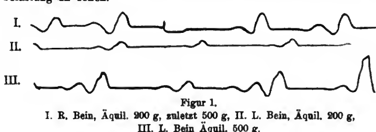
Wir kommen nun zu den abweichenden Erscheinungen an den Augen und den Kniesehnenreflexen, die zusammengenommen den Verdacht auf eine sich entwickelnde, fortschreitende, schwere Erkrankung des Zentralnervensystems erweckt haben.

Auch wir haben gefunden, daß die rechte Pupille bei mittlerer Tagesbeleuchtung in geringem Grade, aber deutlich weiter ist als die linke, wobei beide eine mittlere Weite haben. Bei hellerer Belichtung ist kein Unterschied in der Pupillenweite mehr erkennbar. — Beide Pupillen ziehen sich bei Lichteinfall schnell, gleichmäßig und ausgiebig zusammen, ohne daß dabei zwischen rechts und links ein Unterschied in der Bewegungsgeschwindigkeit wahrzunehmen wäre. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt durchaus normale Verhältnisse. Untersucht man die Kniereflexe im Sitzen, so erzeugt rechts wie links das Beklopfen der Kniesehnen keine wahrnehmbare Zuckung und Vorwärtsbewegung des Unterschenkels. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit fühlt die auf die Oberschenkel aufgelegte Hand jedoch fast regelmäßig eine Zusammenziehung der Oberschenkelmuskeln. Bei Untersuchung im Liegen und Entspannung der Muskeln tritt bei Beklopfung der Kniesehnen fast regelmäßig eine geringe, mit dem Auge wahrnehmbare Unterschenkelbewegung auf.

Es wurde danach mit dem Sommerschen Reflexmultiplikator untersucht (vgl. Diagnostik etc. S. 48—49 und Methodenlehre usw. S. 24—82) und die hier verkleinert wiedergegebene Kurve (Figur 1) gewonnen.

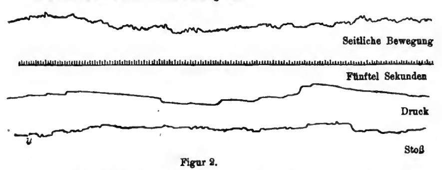
Hierin zeigt sich bei jedem Reiz und auf beiden Seiten ein in der Höhe stark wechselnder Ausschlag mit einmaliger Nachschwingung und Rückkehr auf das frühere Niveau, also eine in keiner Weise vom Typus der normalen Kniezuckung abweichende Form. Es hat also die Äquilibrierung des Unterschenkels durch die Gewichtspfanne des Apparates nebst dem langen Hebel des Schreibapparates (im Gesamtgewicht von 650 g) ausgereicht, um den Unterschenkel durch die Zusammenziehung der Oberschenkelstrecker infolge des Beklopfens der Kniesehnen

zu heben, während ohne Äquilibrierung eine Bewegung des Unterschenkels fast nie, eine isometrische Zuckung des Muskels nur vereinzelt und in geringem Grade wahrnehmbar war. — Auch durch die Belastung der Pfanne mit Gewichten ist, wie aus der (von rechts nach links zu lesenden) Kurve ersichtlich, in der Art der einzelnen Zuckung keine neue Erscheinung zutage getreten. — Wiederholt sind auf der Kurve gewisse charakteristische Eigenheiten zu beobachten; vor allem die Verkleinerung des Ausschlages bei Wiederholung des Reizes bei gleicher Belastung. Besonders am linken Bein zeigt sich ein Sinken der Ausschläge, nachdem bei jedesmaliger Mehrbelastung eine erhebliche Vergrößerung des Ausschlages eingetreten war, ferner war auf der Kurve (hier nicht wiedergegeben) eine eigenartige Niveausteigerung bei Mehrbelastung zu sehen.



Figur 1.
I. R. Bein, Äquil. 200 g, zuletzt 500 g, II. L. Bein, Äquil. 200 g, III. L. Bein Äquil. 500 g.

Beides sind Erscheinungen, wie sie verhältnismäßig oft beobachtet werden, Zeichen psychomotorischer Hemmung beim Ablauf der Reflexe. Dem Untersuchten unbewußt wird durch aktive Innervation der Muskulatur vom Großhirn aus eine stärkere Innervation der Antagonisten oder auch der Strecker ausgeführt, deren Ausdruck die Verringerung des Ausschlagshöhe beim Versuch unter den gleichen Versuchsbedingungen oder andrerseits die Niveauhebung ist.



Figur 2.

Nachdem so ein Symptom gefunden war, wie wir es öfters bei Psychisch-Nervösen beobachten, lag es nahe, auch eine Untersuchung am Apparat zur dreidimensionalen Feststellung von Ausdrucksbewegungen

vorzunehmen (vgl. Kurve, Figur 2). Zur Vergleichung der Zeitlängen sind gleichzeitig die Signale für Fünftelsekunden mittels des Jaquetschen Chronographen verzeichnet.

Es fanden sich nun auf beiden Seiten etwa gleichgeartete, sehr feine, sehr rasche (nach einer Reihe Stichproben bei den seitlichen Bewegungen im Mittel ca. 13 in der Sekunde) Zitterbewegungen von teils nur mit der Lupe deutlich wahrnehmbarem Ausschlag in allen drei Dimensionen, am deutlichsten in der seitlichen Richtung (in der Kurve obere Linie) bei ziemlich unruhiger Haltung; auf akustische Reize trat keine wesentliche Schreckreaktion auf. Die feineren und feinsten Zitterbewegungen kommen auf der hier abgedruckten Kurve nur mangelhaft zum Augenschein.

Es war erwähnt, daß keine Zitterbewegungen an den ausgestreckten und gespreizten Fingern sichtbar waren; die auf der Kurve erkennbaren feinen Ausschläge sind so gering, daß sie dem Auge bei der Betrachtung der Finger entgehen.

Der Sommersche Apparat ließ also derartige feine und rasche Zitterbewegungen erkennen und festhalten, die anderer Untersuchung entgangen waren.

Das Vorhandensein dieser Zitterbewegungen ließ einen tiefen Einblick in die psychophysische Konstitution des Untersuchten zu. Er hatte erwähnt, daß er seit vier Jahren völlig alkoholabstinent lebe. Nun ergab seine Erzählung, vor allem aber die Einsicht seiner Personalakten, daß er früher dem Alkoholgenuß ergeben war, aber nichts vertragen konnte. Es ist mehrfach erwähnt, daß er von kleinen Mengen geistiger Getränke berauscht wurde; aber auch, daß er, äußerlich anscheinend geordnet, dann eigenartige Handlungen beging, Selbstmordabsichten äußerte, schwere Disziplinwidrigkeiten beging, Befehle nicht befolgte, ohne nachher das geringste hierüber zu wissen. So kamen in derartigem Zustand, nach dem Genuß von zwei bis drei Glas Bier, ausdrückliche Gehorsamsverweigerungen auf der fahrenden Lokomotive vor, Fernbleiben vom Dienst, Beschimpfung Vorgesetzter usw., weshalb er aus dem Bahndienst entlassen werden mußte und nur auf vielfache Eingaben, hauptsächlich unter Berücksichtigung des tragischen Ablebens seines Vaters im Bahndienst, anfangs als Schlosser, dann als Hilfsheizer im Fahrdienst versuchsweise wieder eingestellt wurde. Kurz, es bestand damals ausgesprochene Alkoholintoleranz in quantitativer und qualitativer Beziehung mit dem Verdacht eines epileptischen Grundleidens mit wesentlich psychischen Symptomen: Bewußtseinstrübungen durch verhältnismäßig geringe Mengen geistiger Getränke mit motorischen Impulsivhandlungen und nachfolgender Erinnerungslosigkeit.

Und diese psychisch-nervöse Konstitution drückt sich nach vieljähriger Abstinenz noch deutlich in seiner Kurve aus; und Psychisch-

Nervöse sind es auch, bei denen dieselben Eigenschaften der Patellarkurven wie in diesem Falle beobachtet werden. —

Auf Grund unserer Untersuchung, insbesondere der Aufnahme der Kniereflexkurve, konnte somit mit völliger Sicherheit das Gutachten abgegeben werden, daß es sich nicht um eine schwere organische und fortschreitende Erkrankung des Zentralnervensystems, wie Tabes oder Paralyse, an die ja von vornherein sehr zu denken war, handeln könne.

Leichte Differenz der Pupillen bei mittlerer Tagesbeleuchtung kommt nicht zu selten vor, namentlich bei leicht nervösen, erregIichen Menschen — und hier insbesondere in der Erregung. Nur die mangelnde oder mangelhafte Lichtreaktion gibt einen Hinweis auf die Entwicklung einer ernsten Hirnerkrankung. Wie erwähnt, war jedoch hier die Verengerung beider Pupillen auf Lichteinfall einwandfrei.

Und auch das zweite anscheinend bedenkliche Zeichen, das anscheinende Fehlen der Kniereflexe, erwies sich als hinfällig, nachdem durch geeignete Methoden, Entspannung der Muskulatur und vor allem durch den Reflexmultiplikator, ihr der Norm entsprechendes Verhalten in einwandfreier Weise festgestellt war. Das Fehlen der Kniereflexe war eben nur ein scheinbares, bedingt durch die unwillkürliche Anspannung der Oberschenkelmuskeln; eine Unterbrechung des Reflexbogens selbst liegt nicht vor. Auch sonst ließen sich Stützpunkte für die Annahme einer Hinterstrangdegeneration oder sonstigen organischen Erkrankung des Zentralnervensystems nicht finden.

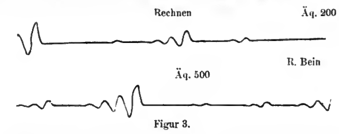
Die Untersuchung der Kniereflexe mit dem Sommerschen Reflexmultiplikator ist wegen ihrer Sicherheit und der Gleichmäßigkeit der Versuchsbedingungen sowie der Vergleichbarkeit der Resultate auch sonst bei anscheinendem Fehlen der Kniephänomene sehr zweckmäßig.

Eine interessante Bestätigung hierfür beobachteten wir dieser Tage bei einem in mittlerem Alter stehenden Nervenarzt. Gelegentlich eines Besuchs der Klinik äußerte er bei der Demonstration des Reflexmultiplikators, er selber habe keine Patellarreflexe, wisse dies seit etwa seinem 23. oder 24. Lebensjahr. Unserer Einladung zur Prüfung mit dem Apparate folgte er gern. Er ist ein Mann von sehr kräftiger Konstitution, hat sehr starke Beinmuskulatur, ist geübter und eifriger Tourist und Schneeschuhläufer.

Bei der Untersuchung des rechten Beines ohne Belastung der Gewichtspfanne war bei wiederholter Beklopfung kein Ausschlag sichtbar; nur bei dem letzten Reiz eine geringe Andeutung hiervon.

Allerdings ist schon vorher eine ganz minimale Erhebung nach einem Reiz eingetreten, die dem bloßen Auge sicher entgangen wäre

und auch auf der Kurve noch zweifelhaft erscheinen kann. (Beide Reaktionen sind auf dem Kurvenansschnitt nicht vorhanden.)



Figur 3.

Dagegen war schon bei Belastung mit 200 g ein deutlicher Reflex zu verzeichnen (vgl. Kurve Figur 3).[1] Als ihm nun zur völligen Ablenkung (selbstverständlich werden alle Versuche mit stets wiederholter Aufforderung zur Entspannung ausgeführt) eine schwierigere Rechenaufgabe vorgelegt wurde, zeigte sich beim Fallenlassen des Hammers ein wohlcharakterisierter Reflexausschlag von ungefähr normaler Höhe mit zwei Nachschwingungen. Mehrfach traten bei weiterem Versuche auch drei Nachschwingungen auf, also schon das Symptom der Pendelung. — Links zeigten sich ähnliche Verhältnisse; Ausschlag erst bei Belastung und Ablenkung. Auch in diesem Falle prägt sich auf der Kurve unverkennbar aus das Symptom der Verminderung der Höhe des Ausschlages, die Verkleinerung des Reflexvorganges im ganzen bei Wiederholung des Versuches unter gleichen Bedingungen ,mit dem gleichen Reize; ebenso wie im vorhergehenden Falle. Der untersuchte Kollege ist seit Jahren alkoholabstinent, weil er nach seiner Angabe geistige Getränke nicht verträgt.

In diesem Falle ist also durch die Kombination der Untersuchung mit dem Reflexmultiplikator und psychischer Ablenkung der Nachweis des Bestehens von Kniereflexen geführt worden, von deren Vorhandensein der Untersuchte, selbst Nervenarzt, nichts wußte und die, wie noch erwähnt sei, durch psychische Ablenkung und Anwendung des Jendrassikschen Handgriffs oder durch Bahnung mittels Summation durch wiederholtes Beklopfen weder sichtbar, noch auch durch Auflegen der Hand auf den Oberschenkel fühlbar waren.

Eine eventuelle Ätiologie für das von ihm angenommene Fehlen der Kniereflexe konnte der Kollege nicht angeben.

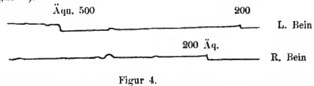
Logischerweise muß auch das Fehlen der Kniereflexe objektiv durch den negativen Ausfall der Untersuchung mit dem Reflexmultiplikator festgestellt werden, und zwar durch wiederholte Prüfung unter

[1]) Untere Kurve Figur 3 schließt sich unmittelbar an das l. Ende der oberen an.

Anwendung aller Vorsichts- und Bahnungsmaßregeln, wie man ja auch das Fehlen der Lichtreaktion der Pupillen nur nach eingehender methodischer Prüfung einwandfrei behaupten kann. Ein instruktives Beispiel hierfür steht mir in jahrelanger Beobachtung an mir selbst zur Verfügung.

Seitdem ich Student wurde im Jahre 1890, ist bisher niemals bei unzählig viel Versuchen ein Kniereflex bei mir rechts oder links ausgelöst worden trotz aller bekannter Ablenkungs- und Bahnungsversuche. Jendrassik, Lesen, Rechnenlassen, kaltes Baden, vielfaches schnell wiederholtes Beklopfen etc. ließ keine sicht- oder fühlbare Kniezuckung auslösen. Auch bei meinem Kommando zur psychiatrischen Klinik der Charité hat mich Herr Geheimrat Professor Jolly wiederholt deshalb untersucht, ohne den Reflex konstatieren zu können. Gelegentlich einer Untersuchung zur Aufnahme in eine Lebensversicherung kam die Angelegenheit zur praktischen Erwägung; nach einer Anfrage bei Geheimrat Jolly wurde meinem Versicherungsantrag stattgegeben. — Bei meiner späteren neurologisch-psychiatrischen Tätigkeit — als ordinierender Sanitätsoffizier leitete ich fünf Jahre lang die Station für Nervenkranke des Garnisonlazaretts I Straßburg — war es natürlich, daß ich immer wieder den Versuch zur Auslösung des Reflexes unter allen möglichen Versuchsbedingungen machte, ohne jemals dabei eine auch noch so geringe Zuckung der Oberschenkelstrecker, selbst bei völliger Entspannung, fühlen zu können, geschweige eine Zuckung zu sehen, während z. B. die Achillesreflexe beiderseits stets und leicht nachweisbar sind.

Die Prüfung mit dem Reflexmultiplikator ergab nun beifolgende Kurve (Figur 4).



Figur 4.

Im allgemeinen war der Reiz ohne Erfolg; die leichten Wellenbewegungen am rechten Bein bei Aeq. 0 können nicht sicher als Reflexe gedeutet werden und konnten als fortgeleitete Erschütterungen des Apparates gelten. Dagegen gleicht am gleichen Beine bei Aeq. 200 die zweite Wellenbewegung dem Ausschlag bei einem schwachen Reflexe. Auch andre Unterbrechungen der Geraden bei Auslösung des Reizes — bei jeder einzelnen Belastung wurden vier bis acht Reize ausgeübt — ließen an das Vorhandensein überdeckter Reflexe denken (auf diesem Kurvenausschnitt nicht zu erkennen, ebenso wie die erstere erwähnten).

Deshalb wurde von neuem der Versuch angestellt; während der ganzen Dauer las ich laut aus einer großen Zeitung vor, die mir die untersuchenden Ärzte verdeckte.

Bei Prüfung des rechten Beines mit Belastung der Gewichtspfanne mit 0, 200, 500, 700 g wurde kein als Reflex deutbarer Ausschlag sichtbar, es war auch keine Oberschenkelzuckung zu fühlen. Dagegen bei noch steigender Belastung mit 1000, 1500 und 1700 g (letzteres vgl. Kurve 5) zeigte sich auf fast jeden Reiz ein deutlicher Ausschlag mit sekundärem Sinken unter das anfängliche Niveau und folgendem Zurückkehren auf dieses: also ein deutlicher, zwar schwacher, aber in seiner Form der Regel entsprechender

Figur 5.
R. Bein, Äquil. 1700.

Reflexausschlag. Bei noch weiter steigender Belastung auf 2000 g ist kein Ausschlag mehr sichtbar, ein deutlicher Ausdruck der Hemmung des Reflexvorganges; denn die 2 kg nebst den oben erwähnten 650 g des Gewichts des Äquilibrierungs- und Registrierungsapparates ziehen derartig stark an dem unteren Ende des Unterschenkels, daß eine schon bewußt werdende aktive Innervation zur Festhaltung des Beines nötig ist. Und diese verhindert die hier schwache Kraft der Reflexauslösung; in dem Widerstreit der Kräfte der aktiven Innervation zur Festhaltung des Beines durch die Beugemuskeln des Oberschenkels und der Reflexinnervation der Streckmuskeln verschwindet die letztere durchaus.

Es ist hierbei der Gedanke der Theorie des Apparats gestreift. Durch die Äquilibrierung des Beines werden die sonst unbewußt einwirkenden antagonistischen Muskelinnervationen ausschaltbar, so daß die durch den Reflex ausgelösten motorischen Impulse hemmungslos ihre Einwirkung entfalten können, die dann durch den kombinierten Apparat zur Aufzeichnung gelangt. Aber durch zu starke Belastung werden wieder andere motorische Impulse wachgerufen, die wieder den Reflex überdecken können, bis zu seinem Unerkennbarwerden.

Auch am linken Bein zeigten sich bei der Belastung mit 1000 g mehrere Ausschläge, die denen am rechten Bein gleichen. — Es ist somit durch die Kombination von Äquilibrierung bei stärkerer Belastung mit völliger psychischer Ablenkung durch den Reflexmultiplikator bewiesen, daß beiderseits der Reflex vorhanden ist, wenn auch in außerordentlich schwacher Weise, so daß er in all den erwähnten Jahren von verschiedenen Untersuchern auf keine Weise gefunden werden konnte.

Ich möchte nun die bisherigen Gedankengänge wiedergeben, die ich zur Erklärung des angenommenen Fehlens der Kniereflexe gemacht

hatte. Ich stamme aus durchaus gesunder Familie, habe zwei gesunde, kräftige Kinder, erlitt nie eine sexuelle Infektion. Irgendwelche Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen bestehen bei mir nicht — ich bin eifriger Tourist, Radfahrer und Reiter. — Bei Erwägung aller Ätiologiemöglichkeiten kam ich in Ermangelung andrer toxischer und infektiöser Einflüsse darauf zurück, daß dies isolierte nervöse Ausfallssymptom die Folge einer schweren Diphtherie sein müsse, die ich 1877 in meinem fünften Lebensjahre überstand. Es bestanden damals eine große Reihe Lähmungserscheinungen, Augen-, Gaumen-, Schlund- und vor allem lange Zeit Beinlähmung beiderseits. Über das Verhalten der Kniereflexe konnte ich keine Auskunft erhalten — unser damaliger Hausarzt erinnert sich nicht daran. — In Ermangelung jedes andern erfindlichen ätiologischen Momentes nahm ich an, daß damals infolge neuritischer Veränderungen Kernaffektionen im Rückenmark stattfanden — meine Mutter gibt an, die Beine seien völlig abgemagert gewesen —, daß speziell Unterbrechungen der beiderseitigen Reflexbogen stattfanden und deren Wiederherstellung unterblieb, während die andern getroffenen nervösen Elemente sich wieder ersetzt haben müssen.

Nach den obigen Feststellungen aus den Kurven kann diese Erklärung nicht mehr gehalten werden. Eine Unterbrechung des Reflexbogens kann nicht vorliegen, da die Reflexe beiderseits, wenn auch äußerst schwach und überdeckt, vorhanden sind.

Daß die Reflexe nur einfach überdeckt sind, nur durch psychisch bedingte Hemmung so gering erscheinen, wie im zweiten Falle, scheint nicht annehmbar zu sein. Nachdem die psychische Hemmung zum Wegfall gekommen war, zeigte sich bei dem Kollegen ein lebhafter Reflexausschlag mit mehreren Nachzuckungen, bei mir jedoch nur ein Torso eines Ausschlages. Wie weit sonach an die Mitmöglichkeit des vorhin erwähnten ätiologischen Moments zu denken ist, daß nämlich ein größerer Teil der den Reflexbogen bildenden und den Reflex übermittelnden Fasern zerstört ist, nur ein kleinerer Teil noch funktioniert, und gerade deshalb leichter durch psychisch bedingte Hemmung der Reflex überdeckt werden kann, wage ich nicht zu entscheiden. Die Möglichkeit des Vorliegens derartiger Verhältnisse dürfte nach klinischen Erfahrungen an Hinterstrangdegenerationen nicht von der Hand zu weisen sein; oft genug sehen wir im Verlauf der Tabes die anfänglich noch vorhandenen Kniereflexe schwächer werden und schließlich verschwinden, was doch kaum anders als durch das allmählich weiter fortschreitende Ergriffenwerden von Reflexfasern zu deuten ist.

Die Erfahrungen an dem vorigen Fall und bei mir mahnen zur großen Vorsicht im Aussprechen der Diagnose: F e h l e n d e r K n i e p h ä n o m e n e. Ich habe ebenso wie der vorher erwähnte Kollege auf Grund vielfacher Untersuchungen in einer Reihe von Jahren fest an-

genommen, daß die Reflexe fehlen. Und ihr Vorhandensein ließ sich durch den Reflexmultiplikator doch einwandfrei nachweisen. In wieviel Fällen mag wohl der Kniereflex als fehlend bezeichnet worden sein, während er durch Bahnungsversuche auslösbar gewesen wäre, und wenn dies nicht, durch den Reflexmultiplikator oder durch diesen in Verbindung mit psychischer Ablenkung. Die in Statistiken angeführten Prozentsätze sind hiernach höchst wahrscheinlich zu hoch.

Bei der Wertung des Symptoms des Fehlens der Kniephänomene taucht die Frage auf, ob dies unbedingt als „krankhaft" aufzufassen ist. Ohne weiteres ist diese Frage nicht zu beantworten. Zweifellos ist das Fehlen des Reflexes, wenn einwandfrei nachgewiesen, oder auch eine so starke Abschwächung wie bei mir, durchaus von der Regel abweichend. In meinem Falle möchte ich aber die Bezeichnung „krankhaft" ablehnen, da dem Organismus kein Schaden daraus erwächst. Nach den obigen Ausführungen wäre diese fast an Fehlen grenzende Abschwächung ein Residuum, wie etwa eine Narbe nach einem Panaritium, die an und für sich, wenn nicht bewegungsstörend oder durch ihre Lage hindernd und schmerzend, nicht mehr im eigentlichen Sinne „krankhaft" ist.

Ein Fall von wirklichem Fehlen der Kniereflexe ist bisher beim Gesunden einwandfrei nicht beschrieben, so daß dessen Mangel als pathologisch anzusehen ist in Übereinstimmung mit Sternberg in seiner Monographie über Sehnenreflexe, Oppenheim u. a.

Es ist sonach gezeigt, daß durch den Reflexmultiplikator in zweifelhaften Fällen für die Begutachtung eindeutige, der Nachprüfung unterwerfbare, mit andern und unter sich bei verschiedenen Bedingungen und zu verschiedenen Zeiten vergleichbare Untersuchungsresultate gezeitigt werden, die öfters einen Hinweis auf eine latente, psychisch-nervöse Veranlagung oder anderweitige Störung bieten,

daß andererseits durch diese Untersuchungsmethode anscheinend fehlende Kniereflexe in einwandfreier Weise als vorhanden sich zeigen,

daß drittens aber auch das tatsächliche Fehlen der Reflexe erst durch den negativen Ausfall des Versuchs unter verschiedenen Versuchsbedingungen bewiesen wird.



V.

Zur Genese und Prophylaxe der Sittlichkeitsverbrechen.

Von Privatdozent Dr. **Dannemann**-Gießen.

Von allen rechtbrechenden Personen ist von jeher der *Sittlichkeitsverbrecher* in den Angen der großen Menge wohl eine der verabscheunngswürdigsten Verbrechertypen gewesen, über die so mancher den Stah gehrochen sehen möchte, ohne daß mildernde Umstände zngewilligt werden. Ohne Zweifel hat diese *rigorose* Auffassung die Formulierung der Paragraphen des Strafgesetzbuches, welche gegen die Sittendelikte gerichtet sind, beeinflußt im Sinne scharfer Ahndung. In der Mehrzahl der Fälle erwartet den Sittlichkeitsverbrecher *Zuchthausstrafe*. Von den §§ 171—184 des R. Str. G. B. hedrohen ihn acht mit Zuchthans, meist his zu fünf, einer, der § 176, sogar bis zu 10 Jahren im Maximum. Nur fünf der Paragraphen weisen eine Znsatzfrage nach mildernden Umständen auf.

Das *Strafrecht* faßt als *Sittlichkeitsvergehen* auf: die Doppelehe, den Ehebruch, den sexnellen Verkehr zwischen gewissen nahen Verwandtschaftsgraden, unzüchtige Handlungen an Minderjährigen, Bewußtlosen, Schutz- und Pflegebefohlenen, widernatürliche Unzucht mit Tieren oder zwischen Personen männlichen Geschlechts, sodann Akte der Notzucht oder des geschlechtlichen Verkehrs nach vorangegangener Tänschung; Knppelei, Verführung von weihlichen Personen unter 16 Jahren, Aergerniserregung durch unzüchtige Handlungen oder Kolportage unsittlicher Schriften und Bilder.

Genan genommen, ist damit die Reihe der als Sittendelikte aufzufassenden verbrecherischen Handlnngen aber *nicht erschöpft*. Vielmehr können noch zahlreiche andere Verbrechen, die im Strafkodex unter den Abschnitten der Verhrechen wider das Leben oder auch gegen das Eigentnm rangiren, ebenfalls ans sexuellen Motiven hervorgehen, z. B. Tötnng nnd Körperverletznng aus sadistischem Motiv, Diebstahl aus fetischistischem Verlangen, knrz Handlnngen, deren *Beziehungen* zur *Sexnalsphäre* bei tieferem Eingehen in die Psychologie des Täters leicht zu enthüllen sind.

Wir fassen somit unter dem Namen Sittlichkeitsverbrechen viele Dinge recht verschiedenartiger Natur und auch verschiedenartiger Schwere zusammen, verschiedenartiger Schwere speziell insofern, als manche bei kritischer Betrachtung des Tatbestandes uns weniger verabscheuungswürdig und strafwürdig vorkommen, wie andere, in denen sich ein Abgrund von sittlicher Verdorbenheit und Gemeinheit zu offenbaren scheint. Zu letzteren sind in erster Linie blutschänderische Vergehen, Akte gewaltsamen Mißbrauchs und Angriffe auf Minderjährige unter 14 Jahren zu rechnen, Verbrechen, die in den letzten Jahren in erschreckender Weise an Zahl sich gemehrt haben. Beispielsweise wurden 1899 17182 Urteile gefällt, 1903 dagegen schon 18082. Diese Handlungen habe ich in erster Linie im Sinne, wenn ich im folgenden von Sittendelikten spreche.

Es sind in den letzten Jahren die Sittendelikte, insbesondere die Vergehungen an Minderjährigen stets zahlreicher geworden. Was will es Wunder nehmen, wenn da energisch auf vielen Seiten die Auffassung vertreten wird, daß es am Platze ist, mit größester Energie dem Sittlichkeitsverbrecher entgegen zu treten, ihn möglichst lange durch Internierung unschädlich zu machen, und speziell denjenigen, der sich an jugendlichen, zum Selbstschutz nicht fähigen Individuen vergreift, auf das empfindlichste zu treffen. Die Wut der Menge über Hinschlachtungen von Kindern, die, wie im Falle Tesnow in Greifswald auch die Laienrichter, die Geschworenen, oft genug ergreift und sie unzugänglich macht gegen jede andre Erwägung und Belehrung, ist nur zu begreiflich. Sie ist durchaus angebracht gegenüber den Taten Vollsinniger, aber es ist zu bedauern, wenn sie das Urteil derartig trübt, daß nun ohne Ausnahme der Sittlichkeitsverbrecher für eine Bestie erachtet und darüber vergessen wird, daß doch ein erheblicher Prozentsatz, eine frappierend hohe Quote aller Vergehen wider die Sittlichkeit von psychisch defekten, wenn nicht gar kranken Individuen ausgeht. Es gelangen Jahr aus Jahr ein auch jetzt noch in die Strafanstalten Individuen in großer Zahl, die eine sorgfältige Analyse des Gefängnisarztes früher oder später als mehr oder weniger stark psychisch abnorm oder krank herausstellt.

Höchst drastische Resultate haben in dieser Hinsicht Untersuchungen von Aschaffenburg und Leppmann jun. (beide an dem Sträflingsbestande großer Zentralgefängnisse — Halle u. Moabit — vorgenommen) erbracht, die von allgemeinem Interesse sind und darum hier wiedergegeben werden mögen.

A. fand unter 200 verurteilten Sittlichkeitsverbrechern leichterer Art, d. h. Fällen, die nur zu Gefängnis verurteilt waren, nur 99, die er als zurechnungsfähig bezeichnen zu müssen glaubt. Von ihnen waren aber noch 54 mäßig imbezill oder epileptisch,

neurasthenisch, hysterisch, trunksüchtig. 44 verdienten direkt die Bezeichnung: unzurechnungsfähig wegen Imbezillität, seniler Demenz usw., 35 mußten als Grenzfälle betrachtet werden, 16 als vermindert zurechnungsfähige, und bei sechs war der Untersucher in Zweifel, wohin er sie rechnen sollte.[1])

Es spricht für sich, wenn von 106 wegen Vergehens an Minderjährigen Bestraften 36 schwachsinnig, 24 epileptisch, 12 senil dement erfunden wurden, also Objekte der Psychiatrie, nicht des Strafvollzuges hätten sein müssen; wenn von 22 wegen Notzucht Verurteilten nur neun vom Gefängnisarzt als nicht unter den § 51 gehörig bezeichnet werden, während bei 17, von denen doch noch vier dem Strafrichter zugestanden werden sollten, Schwachsinn und Epilepsie eine Rolle spielten.

Unter 90 Zuchthäuslern fand Leppmann nur 30 Normale, Vollverantwortliche.[2])

Ehe noch diese Arbeiten erschienen waren, hatte ich mit Genehmigung der zuständigen Behörde eine Anzahl der in den hessischen Strafanstalten befindlichen Sittlichkeitsverbrecher vom gleichen Gesichtspunkt aus betrachtet, speziell in Bezug auf die folgenden Fragen:

1. Name des Bestraften. Sein Alter, seine Herkunft, ehelich oder unehelich geboren, sein Beruf, seine Religion, ob verheiratet oder ledig, ob er Kinder hat.

2. Heredität. Sind in der Ascendenz Geisteskranke oder Epileptiker oder Minderwertige oder Kriminelle? Finden sich solche in Seitenlinien?

3. Schulbildung, Entwicklung, Erziehung. Ob bei den Eltern aufgewachsen oder in Waisenhäusern oder in Zwangserziehung?

4. War der Betreffende vorbestraft und warum?

5. Art des Sexualdeliktes, wegen dessen die Untersuchung eingeleitet wurde. (Exhibitionismus, homosexuelle Delikte, Notzucht, Mißbrauch Minderjähriger.) Vergehen gegen welchen Paragraphen des Str.-G.-B?

6. Tauchten während der Untersuchungshaft Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit auf und wurde Begutachtung veranlaßt? Resultat derselben. Wie war überhaupt das Verhalten in der Untersuchungshaft?

7. Strafmaß? Mildernde Umstände?

8. Wie war das Verhalten im Strafvollzug? Erfolgte Nachprüfung des Geisteszustandes? Kamen Bewußtseinsstörungen zur Beobachtung oder Anfälle epileptischer Art? Fand Verlegung in eine Irrenanstalt statt? Wurde später der Strafvollzug fortgesetzt oder schied der Betreffende dauernd aus demselben aus?

9. Sind besondere Beobachtungen gemacht? Ist etwas über die spätere Lebensführung des Entlassenen bekannt, spez. wurde er rückfällig und beging nochmals ein Sexualdelikt?

Dem Herrn Strafanstaltsarzt Dr. Kullmann zu Butzbach danke ich Auskünfte in 16 Fällen, die immerhin verdienen, hier in Kürze wiedergegeben zu werden, da sie ebenfalls ein nicht zu verachtendes

[1]) cf. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform II. Bd. Hft. 6. 7.

[2]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin XXIX. 2.

kasuistisches Material im gleichen Sinne wie die Ergebnisse Aschaffenburgs und Leppmanns darstellen.

Zunächst siehen Fälle von Blutschande von Vätern mit den eigenen Kindern oder Stiefkindern.

Fall I. Landwirt, ehelich geboren, 65 Jahre alt, Witwer seit 1894, hat sieben Kinder zwischen 15 und 38 Jahren. Hereditätsfragen verneint. Wird als guter Vater und Gatte geschildert, aber auch als verschlossene, schwer zugängliche Natur. Er war nicht vorbestraft. Seit 1898 regelmäßiger geschlechtlicher Verkehr mit seiner jetzt 30jährigen Tochter, die zweimal von ihm gebar. Zweieinhalb Jahre Zuchthaus. Gute Führung, angeblich geistig intakt, führt zur Beschönigung das Entgegenkommen seiner Tochter an.

Fall II. Hirt und Laternenanzünder im Dorfe, ehelich geboren, nicht vorbestraft; jetzt 60 Jahre alt, Witwer seit zehn Jahren, hat fünf Kinder, sämtlich erwachsen. Hereditätsfragen verneint. Geringe Schulkenntnisse, schlechter Ruf. Mehrfacher Umgang mit seiner 28jährigen, sittlich tiefstehenden Tochter. Drei Jahre Zuchthaus. Er behauptet unschuldig zu sein.

Fall III. Tagelöhner, ehelich geboren, 36 Jahre alt, verwitwet, hat vier lebende Kinder, nicht vorbestraft. Hereditätsfragen negiert. Gutmütige, aber wenig ausdauernde Natur. Anscheinend stets großes Geschlechtsbedürfnis, hat sehr früh geheiratet und zehn Kinder in zwölfjähriger Ehe gezeugt. Kein Trinker. Alkoholintolerant. Die Ehefrau war oft krank und mußte ihn in den letzten Jahren oft refüsieren. Er hielt sich an die 16jährige Tochter, die er unter Drohungen zwang, ihm zu Willen zu sein. Schon am dritten Tage nach dem Tode seiner Frau mißbrauchte er sie. Zwei Jahre einen Monat Zuchthaus. Tadellose Führung, einsichtig, aufrichtige Reue.

Fall IV. Schiffer, ehelich geboren, katholisch, 50 Jahre alt, sechs Kinder. Heredität: ein Bruder war geisteskrank, einer blödsinnig. Heiratete erst mit 30. Geriet an den Alkohol, beging einmal eine Körperverletzung, die er aber mit Geldstrafe sühnen konnte. Verkehrte seit Dezember 99 regelmäßig mit seiner 13 jährigen Tochter, manchmal mehrfach in der Woche. Fünf Jahre Zuchthaus. Führung im Strafvollzug seit $3^1/_2$ Jahren gut, unterstützt mit seinem Verdienst durch Überpensum seine Familie, bereut tief, schiebt seine Schuld auf Alkoholabusus.

Fall V. Gänsehirt, 34 Jahre alt, unehelich geboren. Elementarkenntnisse gering, bei Pflegeeltern erzogen, später in einem Versorgungshaus. Konnte das Schreinerhandwerk nicht erlernen, wurde Hirt, verfiel dem Alkoholismus. Nicht vorbestraft. Heiratete eine Witwe mit fünf Kindern und zeugte selbst zwei Kinder. Fortgesetzter Verkehr mit seiner Stieftochter unter 14 Jahren. $2^1/_2$ Jahre Zuchthaus. Entschuldigt sich damit, daß das Mädchen schon von einem andern verführt sein sollte. Alkoholintolerant, minderwertig.

Fall VI. Taglöhner, 36 Jahre alt, verheiratet, drei Kinder. Bettnässen bis zum 19. Jahre, Krämpfe bis zum 28. Jahre hin beobachtet. War ein fleißiger Arbeiter. Wurde mit 17 Jahren wegen Diebstahls zu fünf Tagen Gefängnis verurteilt. Wegen langer Krankheit seiner Frau, die ins Spital kam, richteten sich seine sexuellen Gelüste zuerst auf seine 18 jährige Stieftochter, dann nach Abweisung auf sein eigenes 10 jähriges Töchterchen. $2^1/_2$ Jahre Zuchthaus. Wird als hochgradig beschränkt vom Gefängnisarzt bezeichnet.

Fall VII. Rastelbinder, ehelich geboren, evangelisch, 42 Jahre alt. Heredität negiert. Seit 88 Verhältnis mit einer Witwe, von dieser zwei außereheliche Kinder. Dazwischen Heirat mit einer andern Frau und Scheidung. Nicht Alkoholist.

Fünfmal wegen Körperverletzung bestraft. Wiederholter Mißbrauch seiner 14jährigen Stieftochter. Drei Jahre sechs Monate Zuchthaus, acht Jahre Ehrverlust.

Im Strafvollzug gute Führung 1893 20 Mtr. hoch abgestürzt auf den Kopf, seitdem öfters „Schwindelerscheinungen".

Von den acht weiteren Fällen betreffen nur zwei Notzuchtsattentate gegen erwachsene Frauen. In den übrigen handelt es sich um Handlungen gegen minderjährige Mädchen.

Fall VIII. Zigarrenmacher, 38 Jahre alt, ehelich geboren, katholisch, verheiratet, hat vier Kinder. Kriminell durch einen Bruder belastet. Genügende Elementarkenntnisse. Schlechter Leumund, sittlich haltlos, Trinker. Vorbestraft wegen Körperverletzung, Bedrohung, Sachbeschädigung. Trieb sich auf dem Felde umher und suchte eine arbeitende Frau zu mißbrauchen. Fünf Jahre Zuchthaus und fünf Jahre Ehrverlust. Gute Führung im Strafvollzug, macht wahrhaften, aufrichtigen Eindruck, gibt dem Alkohol Schuld an seinem Verbrechen, das er tief bereut.

Fall IX. Lackierer, 31 Jahre alt, ehelich, katholisch, verheiratet, kinderlos. Keine Heredität. Wegen Betrug und Urkundenfälschung bestraft. Attackierte eine Frau in offenem Felde, bedrohte die Widerstrebende mit einem Messer. Ein Jahr Zuchthaus, fünf Jahre Ehrverlust. Fügsamkeit im Strafvollzug. Leugnet seine Tat.

Fall X. Taglöhner, 44 Jahre alt, unehelich geboren. Heredität negiert. Verheiratet seit 1894, hat vier Kinder. War nie vorbestraft, wird als treuer, nüchterner Mensch bezeichnet, der mit seiner Frau einig lebte. Betastete mehrfach das eigne zwölfjährige Mädchen unsittlich, versuchte auch, dasselbe zu gebrauchen. Ein Jahr drei Monate Zuchthaus, fünf Jahre Ehrverlust. Gute Führung im Strafvollzug. „Schulkenntnisse rudimentär, gutmütiger Tölpel, mäßig schwachsinnig."

Fall XI. Schlosser, 33 Jahre alt, ehelich geboren, evangelisch, verheiratet, vier Kinder von sechs Jahren hinab. Heredität negiert. Vorbestraft wegen Körperverletzung und Sittlichkeitsverbrechen (ein Jahr Gefängnis), gutmütig, haltlos, leichtsinnig. Notorisch alkoholintolerant. Fiel früher einmal, nach Alkoholgenuß auf einem Stuhl eingeschlafen, herab, verletzte sich, war später für alles amnestisch. Zwei Jahre Zuchthaus, fünf Jahre Ehrverlust wegen einmaliger unsittlicher Handlung an einem neunjährigen Mädchen in angetrunkenem Zustande. Gute Führung im Strafvollzug.

Fall XII. Taglöhner, 29 Jahre alt, ehelich geboren, katholisch, verheiratet. Zur Heredität: ein Bruder ebenfalls wegen Sittlichkeitsverbrechen bestraft. Mangelhafte Erziehung, sittlich verkommen, war nie vorbestraft. Zwei Jahre drei Monate Zuchthaus, acht Jahre Ehrverlust wegen Verbrechens gegen § 177. „Macht im Strafvollzug den Eindruck eines geistig stumpfen Menschen."

Fall XIII. Gastwirt, 42 Jahre alt, ehelich geboren, evangelisch, verheiratet, zwei Kinder, Heredität negiert, nicht vorbestraft. Zwei Jahre drei Monate Zuchthaus und drei Jahre Ehrverlust wegen Unsittlichkeiten an einem minderjährigen Mädchen, bestehend in Betastungen desselben, während er es gleichzeitig veranlaßte, sein Genital anzufassen und zu drücken. Er war seit 1887 verheiratet, verkehrte regelmäßig mit seiner Gattin. Herbst 1904, nach der Straftat, als ihm schon gerichtliche Verfolgung drohte, machte er einen Selbstmordversuch, verletzte sich schwer am Kopfe, kam in die chirurgische Klinik und wurde aus dieser in die psychiatrische verlegt, nachdem er Zeichen von Verwirrtheit und Unruhe geboten hatte. Schien es zunächst, als ob es sich um einen Anfall von Delirium tremens bei dem von jeher als starker Alkoholist bekannten Mann handle, so sprach

doch der weitere Verlauf in mancher Hinsicht dagegen. Zustände relativer Klarheit wechselten mit solchen von Verwirrtheit. Erst nach mehreren Wochen wurde er geordneter, gleichzeitig heilte nach Entfernung des Projektils (das nur teilweise Zersplitterung des Stirnbeins bewirkt hatte, aber nicht ins cavum cranii gelangt war) die Schußverletzung, und der Patient wurde auf sein Drängen vorzeitig entlassen. — Das Motiv des Selbstmordversuchs gab er nicht an. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß er zu demselben sich bestimmen ließ durch ein seit längerem über ihn laufendes Gerede, er habe sich unsittlich schon vor Jahren an Minderjährigen vergangen. Als er dann wegen des neuerlichen Sittendelikts der oben beschriebenen Art inhaftiert und verurteilt wurde, stellten sich auch die Gerüchte über frühere Verfehlungen als zutreffend heraus. — Für die ihm zur Last gelegte Straftat wollte er amnestisch sein. — Er wurde in der Untersuchungshaft begutachtet. Dabei stellte sich heraus, daß er für begleitende nebensächliche Tatumstände ein sehr gutes Gedächtnis hatte, während er die Hauptsache nicht erinnern zu können vorgab. Aus der raffinierten Art, wie er sein Opfer, ein zehnjähriges Mädchen, sich zu Willen machte (er lockte es einmal unter Vorgabe, ihm ein Lamm zeigen zu wollen in einen Stall, ein andres Mal zwang er es, mit ihm in den Keller zu gehen, angeblich damit es ihm leuchte) schloß der Sachverständige, daß die Voraussetzungen des § 51 nicht gegeben seien. Das Urteil räumte ein, daß die Widerstandskraft durch Alkoholmißbrauch vermindert gewesen sein möge. — Das Verhalten im Strafvollzug war ein nicht auffälliges.

Fall XIV. Maschinist, 41 Jahre alt, unehelich geboren, katholisch, seit dem 27. Jahre verheiratet, seit zehn Jahren Witwer, zwei Kinder. Vater war Epileptiker. Fünf Vorstrafen wegen Körperverletzung, Beleidigung, Diebstahl, Sittlichkeitsdelikt. Von jeher Alkoholist, aber fleißiger Arbeiter. Sehr reizbarer, jähzorniger Mensch. Wegen Notzuchtsversuchs, begangen an einem achtjährigen Mädchen, zu zehn Jahren Zuchthaus und fünf Jahren Ehrverlust verurteilt.

Begutachtung fand nie statt. Im Strafvollzug nur durch seine Erregblichkeit auffallend, die oft zu Achtungsverletzungen Anlaß gab. (Epileptoider).

Fall XV. Schreiner, jetzt 25 Jahr alt, ehelich geboren, evangelisch, ledig. Gute Familienverhältnisse und sorgsame Erziehung. Ging mit 15 Jahren nach Hamburg, geriet auf Abwege, stahl. Wurde 18½ Jahre alt zu sieben Jahren Zuchthaus verurteilt wegen Diebstahls im Rückfalle und Notzucht verübt an einem siebenjährigen Mädchen, das er auf einer Kirchweih, zweifellos nach Alkoholmißbrauch, durch kleine Geschenke sich zu Willen machte. Die Tat war nicht weit davon entfernt, zum Lustmord zu werden, da der Täter das Kind würgte, auf Kopf und Gesicht schlug. — Eine Begutachtung fand nicht statt.

Im Strafvollzug oft prätenziös, anmaßend, empfindlich. 1903 ein Zustand hochgradiger nervöser Reizbarkeit (Reflexsteigerungen), der in Lazarettbehandlung auf starke Bromgaben und Anwendung prolongierter warmer Bäder nachließ. Gleichzeitig starke Depression, häufiges Weinen. In den letzten Jahren viele merkwürdige Sensationen, hypochondrische Vorstellungen, unmotivierte Befürchtungen.

Bei dem psychiatrischen Arzte sprechen diese Fälle für sich, und auch der Jurist wird die Lehre daraus ziehen, daß das Voruntersuchungsverfahren in jedem Falle von Sittlichkeitsverbrechen die Frage nach der geistigen Verfassung des Täters auf das sorgsamste zu berücksichtigen hat.

Sollen uns solche Feststellungen bestimmen, gegen unsere

Strafrechtspflege den Vorwurf häufiger Justizirrtümer gerade in Bezug auf diese Kategorie von Kriminellen zu erheben? Ich glaube, das ist nicht billig und außerdem unklug, weil es zum Widerspruch herausfordert. — Ein Teil der Verurteilungen wegen Sittendelikts erfolgt, obgleich die strafende Stelle sich wohl bewußt ist, daß man es nicht mit einem Normalen zu tun hat. Der von modernem Geist erfüllte Richter und Strafanstaltsleiter, sie wissen beide zur Genüge, daß eine Durchmusterung der Insassen unserer Gefängnisse nach psychiatrischen Gesichtspunkten einen großen Prozentsatz Imbeziller, Epileptiker usw. herausheben wird. Sittlichkeitsverbrecher machen davon keine Ausnahme. Ihnen wie so manchem anderen diktiert oftmals der Richter die Freiheitsstrafe dennoch zu, weil er eben die Öffentlichkeit vor dem nach unseren gegenwärtigen rechtlichen Verhältnissen für die Irrenanstalt nicht reklamierbaren Täter auf eine gewisse Zeitdauer wenigstens sichern möchte, vielleicht auch bei manchem in der Hoffnung, ihn dadurch für spätere Zeiten hemmend zu beeinflussen. — Andere Fälle, welche trotz des Defektes in den Strafvollzug gelangen, kommen auf das Konto der Gerichtsärzte, ohne daß aber ihnen immer ein Vorwurf daraus zu machen wäre; denn oft genug bringt die Symptome, aus denen beweiskräftige Schlüsse bezüglich der Veranlagung zu ziehen sind, erst der Strafvollzug. —

Immerhin sind aber Feststellungen wie die erwähnten von großer Bedeutung, weil sie den einsichtigen Richter, der bestrebt ist, in die Grundursachen verbrecherischer Handlungen hineinzuleuchten, bestimmen werden, auf diesem Gebiete große Vorsicht walten zu lassen, damit es ihm gelingt, Fehlurteile zu vermeiden. — Neben den Resultaten solcher Massenuntersuchungen kann man ihm aber nie genug Analysen von Einzelfällen zur Kenntnis bringen. Sie sind noch viel eher geeignet, ihm zum Bewußtsein zu führen, welche elementare Gewalt auf diesem Gebiet dem Triebleben zukommt, welche Bedeutung hier die angeborene Anlage und die Heredität haben, sie lehren ihn so oft, daß seine strafenden Maßnahmen gegen den abnorm veranlagten Sittenverbrecher ohnmächtig und zwecklos sind und der Gesellschaft einen weit geringeren Schutz diesem gegenüber garantieren, wie andere modi, die zugleich humaner sind.

Wenn wir das große Heer der Sittlichkeitsverbrecher an uns vorbeipassieren lassen, so sind natürlich eine Menge darunter, die keinen Anspruch darauf erheben können, als krank oder abnorm veranlagt zu gelten. So mancher Notzuchtsakt ist das Ergebnis heftiger sexueller Erregung und günstiger Umstände des Milieus, ebenso wie wohl manche strafbare unsittliche Handlung ausgeführt wird in der Erwartung, eine Person des anderen Geschlechtes anzulocken. Die psychologischen Vorgänge bei Individuen von sonst normaler Geistesbeschaffenheit, denen

die Strafbarkeit ihres Tuns geläufig ist, sollen uns hier nicht weiter interessieren. Hier soll wesentlich der Zusammenhang zwischen Sittendelikten und abnormen bzw. pathologischen Geisteszuständen betrachtet werden. —

Unter den Abnormen marschieren auf exponiertestem Posten gewissermaßen die Imbezillen und die wohl als Debilität bezeichneten leichten Grade der Imbezillität. Der Mangel an ethischen Empfindungen in Verbindung mit ihrer Abhängigkeit von jeweilig sie beherrschenden Trieben und der Unfähigkeit, Hemmungen spielen zu lassen, treibt jahraus jahrein so und so viele angehoren Schwachsinnige wie zum Diebstahl, ebenso auch zum strafbaren Gewaltangriff gegen weibliche Individuen, zum Delikt der Notzucht, und auch zum Angriff auf die leichter zu überwältigenden Jugendlichen. Der Widerstand des Opfers ist es dann, der so oft zu Mißhandlungen und Anwendung von Zwang führt, denen vielleicht das Opfer erliegt, so daß die Tat den Eindruck des Lustmordes erweckt, obwohl die Tötung nur ein zufälliges Akzidenz darstellt. — Die Zahlen Aschaffenburgs, wonach von 100 Verbrechern gegen § 176,3 36 schwachsinnig waren, davon 14 hochgradig, ist bedeutsam für die Häufigkeit der Teilnahme der Imbezillen am Sittendelikt. — Dem Imbezillen pflegt auch naturgemäß in erster Linie das Milieu verhängnisvoll zu werden. Stumpf gegen sittliches Fühlen läßt er sich mit nächsten Blutsverwandten ein, mit denen er in dürftigen Verhältnissen vielleicht die enge Wohnung teilt, und begegnet uns unter der Anklage der Blutschande.

Unter dem Einfluß des Alkohols wächst für den sexuell erreglichen Imbezillen die Gefahr noch erheblich, da der letzte Rest Hemmungen verloren geht und der Trieb nun auch der letzten schwachen Schranke entbehrt, eine Wahrheit, die auch für den intellektuell höher stehenden Sittlichkeitsverbrecher gilt. Ist es doch hinreichend festgestellt, daß die meisten Notzuchtsakte in Zuständen der Angetrunkenheit passieren, ohne Alkoholgenuß des Täters vielleicht nie passiert wären. Der Imbezille, der in heiklen Situationen, auch ohne daß er Alkohol genoß, lediglich infolge ihn übermannender geschlechtlicher Erregung sich vergeht, stellt das große Kontingent zu den Rückfälligen und ist geradezu „unverbesserlich“. So oft Versuche gemacht werden, diese sonst manchmal keineswegs ernstlich antisozial veranlagten Menschen mit angeborener Willensschwäche und Urteilsarmut durch „Strafen“, Freiheitsentziehungen zu beeinflussen, fast regelmäßig erweist sich das als ein aussichtsloses Unternehmen, ein Umstand, der gerade bei diesen zur größten Vorsicht in der Prognose bestimmen muß, wenn die Frage der Entlassung aus der Straf- oder auch aus der Irrenanstalt angeregt wird.

Diesen Typus des mäßig imbezillen Sittlichkeitsverbrechers repräsentiert der folgende Fall unsrer Beobachtung:

X., Apotheker von Beruf, war von jeher als willensschwach und wenig verläßlich bekannt; kam aber mit einem „genügend“ durch die Examina und etablierte sich. Nachdem er zweifellos schon früher sich unentdeckt vergangen, wurde er wegen unzüchtiger Manipulationen an minderjährigen Mädchen mit neun Monaten Gefängnis bestraft, obschon der Sachverständige, auf den Defekt seiner ganzen Persönlichkeit hinwies. — Er verbüßte die Strafe, und es gelang ihm, da er bemittelt war, abermals eine Position zu gewinnen. Er heiratete sogar und hat mehrere Kinder. Da erkrankt die von ihm zweifelsohne sexuell außerordentlich stark mitgenommene Frau, so daß er seinem starken Sexualtrieb einige Zeit nicht genügen kann, und sofort wird er wieder gelegentlich des Zusammentreffens mit Minderjährigen in der gleichen Weise kriminell. — Abermals verhängt man eine 15 monatliche Freiheitsstrafe über ihn. Kaum hat er sie verbüßt, so verstößt er zum dritten Male gegen den § 176, 3, fordert gleich mehrere Mädchen auf, seinen Penis zu betasten, berührt sie unsittlich, bestellt sie sogar unter Versprechungen von Süßigkeiten für den nächsten Tag nochmals, kurz handelt so folgerichtig und verhält sich so durchaus geordnet dabei, daß sein Tun aus nichts anderem zunächst sich erklären ließ, wie aus einem momentan hervorbrechenden verstärkten Geschlechtstrieb bei absoluter Ausschaltung der Überlegung der Tragweite der Handlung für ihn selbst und die Seinen.

Was hilft es in solchen Fällen, abermals eine Freiheitsentziehung durch Richterspruch eintreten zu lassen! — Eine nochmalige ärztliche Untersuchung legte diesmal mehr Nachdruck auf die Imbezillität des Täters, der außer Verfolgung gesetzt und zunächst interniert wurde, dann aber dennoch von der Behörde, diesmal ohne daß ärztlicherseits dazu geraten wäre, die Freiheit wieder erhielt.

In diesem Falle ist der Rückfall mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, daran ist kaum ein Zweifel möglich. Weit eher würde unter gewissen Garantien der Entlassung eines Imbezillen zugestimmt werden dürfen, der nicht rein unter endogenen Einflüssen handelte, sondern bei dem das exogene Moment des Alkohols eine Rolle spielte. Kann man erzielen, daß ihm derselbe ferngehalten wird, so darf auch mit einiger Wahrscheinlichkeit erwartet werden, daß der wenn auch geringe Grad des Überlegungsvermögens genügen wird, ihn künftig in kritischen Momenten hemmend zu bestimmen.

Die Frage, ob rein aus endogener Veranlassung periodische Steigerungen des Sexualtriebes sich einstellen und verhängnisvoll für den Träger werden, oder ob es nur unter Alkoholwirkung dazu kommt, spielt ebenso eine wichtige Rolle bei der Prognose der zweiten Gruppe von psychisch abnormen Sittlichkeitsverbrechern, den epileptisch Veranlagten. Gerade diese sind es, die wohl als die auf diesem Gebiete gefährlichsten angesehen werden müssen, insofern, als hier in der großen Mehrzahl der Fälle die sexuelle Gewalttat keine Grenze kennt, und oftmals zum Äußersten schreitet, zum Lustmord. — Wenn wir unsere in die Anstalten in Dämmerzuständen gelangenden Epileptiker genauer beobachten, so bemerken wir an diesen zweifellos schwer Gestörten nicht selten den Zug starker Sexualität, der sich in masturbatorischen Handlungen, Reden von sexuellen

Dingen, sexuellen Assoziationen kundgibt, ein hinreichender Beweis dafür, daß in solchen Zeiten etwas *Brunstartiges* bei den Epileptikern besteht.

Tritt derartiges bei einem Epileptiker ein und bleibt das äußere Verhalten trotz der Bewußtseinstrübung ein *relativ geordnetes*, so bieten diese Individuen eine außerordentliche Gefahr für die öffentliche Sicherheit. — Ihr *Verhalten* bei der *Inhaftnahme* nach einem Delikt, das so oft ein höchst erregtes ist, verdirbt ihnen die Sympathie des Untersuchungsrichters von vornherein, und die vielleicht auf Amnesie zurückzuführende *Negierung ihrer Täterschaft* tut ein übriges, um sie als rein Kriminelle gelten zu lassen. Vielleicht ist die Amnesie auch nur eine *partielle*, und der Untersuchungsrichter findet sich dadurch noch in der Auffassung, daß es sich nur um ein freches Ableugnen handelt, *bestärkt* und glaubt nicht an pathologische Momente, es sei denn, daß es sich um notorische Epileptiker mit echten Anfällen handelt, bei denen aber diese Dämmerzustände mit sexueller Färbung grade *weniger häufig* zu sein scheinen, wie bei den an psychischen Äquivalenten, an *larvierter* Epilepsie leidenden Personen.

Es liegt auf der Hand, daß diese Individuen *quoad dimissionem* in die Öffentlichkeit ebenso precär sind, wie die imbezillen Sittlichkeitsverbrecher mit zeitweilig verstärktem Sexualtrieb. — Ich habe vor vier Jahren einen Vertreter dieser Kategorie beobachtet, der zunächst wegen mehrfacher Notzuchtsattentate zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt war. Er hatte Vorstrafen erlitten wegen Hausfriedensbruch und Beteiligung an einer Schlägerei, also wegen Handlungen, aus denen weniger eine schlechte Gesinnung und Mangel an Moral sprachen, als vielmehr Mangel an Selbstzügelung und eine gewisse Erreglichkeit. Innerhalb fünf Tagen beging dieser Mensch im Hochsommer *fünf schwere Notzuchtsattentate*, eines an einer über 70 Jahre alten Frau. In drei Fällen kam er zum Ziel. Alle Taten fallen in eine Zeitperiode, in der er sich beschäftigungslos im Freien umhertrieb, im Freien nächtigte, kurz eine Lebensweise führte, die von seiner sonstigen stark abwich. Erst ein halb Jahr später wurde er *agnosziert* und trotz seines Inabredestellens der Taten verurteilt. — Er war doppelseitig belastet, sollte als Kind an *Anfällen* gelitten haben. — Im Strafvollzug traten nach zwei Jahren Spuren geistiger Störung hervor, und er gelangte in die Klinik. Hier kam nach monatelangem ruhigem Verhalten abermals der Trieb über ihn, er entwich und versuchte draußen noch am gleichen Tage abermals ein Notzuchtsattentat, das glücklicherweise verhindert wurde. Solche Leute wollen anders beurteilt sein und sind weit gefährlicher, wie andere *ebenfalls epileptisch Veranlagte*, die notorisch nur in Zuständen sich vergingen, in welche sie durch Alkoholgenuß versetzt wurden.

Um einen Epileptiker dieser Art der Veranlagung, dessen Vergehen gegen die Sittlichkeit stets in letzter Linie auf einen Alkoholgenuß zurück zu führen waren, handelt es sich in folgendem instruktivem Falle:

Qu., jetzt Vater von drei Kindern, Kanalarbeiter und Straßenfeger, war 24 Jahre alt geworden, ohne mit den Gesetzen in Konflikt gekommen zu sein, als er zuerst 1895 wegen Nötigung zu vier Monaten Gefängnis verurteilt wurde. Der Anklage lag folgender Tathestand zugrunde: Qu. hatte ein minderjähriges Mädchen unter Bedrohung mit einem Messer in einen Wald zu verschleppen gesucht und wurde ergriffen, ehe er das zweifellos beabsichtigte Sittendelikt begehen konnte. Er gab alles zu, entschuldigte sich mit Alkoholmißbrauch und absolvierte seine Strafe, während ihres Vollzuges sich durchaus willig und ruhig verhaltend.

Wenige Monate nach seiner Rückkehr in die Freiheit fand er, über sein Vorleben die Leitung in Unkenntnis lassend, für einige Tage aushilfsweise Stellung als Pfleger in einer Klinik.

Sehr bald indessen erwies er sich als ungeeignet, man traf ihn weinend, und als Grund gab er an, daß er nicht sehen könne wie die Menschen leiden müßten. Seine Charakteristik im Personalverzeichnis der Anstalt erhielt den Vermerk: „larvierter Epileptiker".

Ein Jahr darauf beging er, damals schon verheiratet, abermals eine Straftat, indem er spät abends eine Frau anpackte und ihr unter die Röcke griff, also eine Handlung, welche alle Merkmale eines Sittlichkeitsdelikts trug. Sie führte ihn auf ein Jahr ins Zuchthaus. Damals schon herrschten zwischen Verteidigung und Staatsanwaltschaft erhebliche Differenzen; ersterer erschien Qu.s Verantwortlichkeit sehr zweifelhaft. Das Gericht beschritt den Mittelweg. Das Urteil sprach sich dahin aus, daß „zweifellos der Angeklagte zur Zeit der Tat unter dem Einfluß geistiger Getränke gestanden habe". Es wurde betont, daß er „ein geistig beschränkter Mensch von geringer Willensstärke" sei, „daß die Tat als die Folge eines Augenblicksentschlusses" erscheine usw. — Auch der Umstand, daß man ihm die bürgerlichen Ehrenrechte beließ, spricht dafür, daß bei der Strafausmessung stark individualisierend vorgegangen und ein Minderwertiger in ihm erblickt wurde. —

Auch diesmal war er im Strafvollzug in jeder Hinsicht gefügig. Seine Frau hielt zu ihm, ließ sich trotz der Zuchthausstrafe nicht von ihm scheiden und lebte nachher mit ihm teils auf dem Lande, teils später in G., wo er Arbeit fand und als Kanalarbeiter sich und die inzwischen auf drei Köpfe angewachsene Familie ernährte. Er war ehrlich und verläßlich, ein eifriger Arbeiter, der für die Seinen stets gut sorgte. Die Lenkung des Hausstandes überließ er der Frau, die nie über schlechte Behandlung zu klagen hatte.

Im Frühjahr 1904 wurde er abermals in Untersuchung gezogen. Am hellen Tage lief er auf belebter Landstraße vor G. auf mehrere Damen zu, griff ihnen nach den Genitalien, entfloh vor ihrem Geschrei, um nach einigen 100 Metern das gleiche Delikt bei mehreren Frauen zu wiederholen. In seinem Verhalten, das wieder zweifellos aus sexuellen Motiven hervorging, wurde nur der Tatbestand der Beleidigung erblickt und deswegen Klage erhoben. Diesmal fand die Verteidigung die Zustimmung der Staatsanwaltschaft zur Einweisung in eine Anstalt.

Es ergab sich nun zunächst bezüglich des Vorlebens folgendes: Qu. stammte von einem Bauern ab, der Alkoholist war. Mit seinen Eltern ging er 1880, wie in früheren Jahren so mancher Oberhesse es getan, nach Paris. Sie lebten dort bis 1886 als Gassenkehrer. Qu. genoß allerdings Schulunterricht, profitierte aber

nicht viel davon. Später blieb er bei den Eltern als ländlicher Arbeiter, zeitweilig auch auf einer Grube beschäftigt, bis zur ersten Bestrafung im Jahre 1895.

Früh war er aufgefallen durch „simulante Störungen", wie der Ortsvorsteher schreibt. Er war zu Zeiten „wie verrückt", trieb sich dann tagelang arbeitslos umher, verkroch sich in Scheuern oder hinter Hecken, ohne um seine Tätigkeit sich zu kümmern, kurz er vagierte periodenweise und legte ein so auffälliges Verhalten an den Tag, daß er bei vielen Ortsgenossen für „nicht ganz richtig" galt. „Es fehlt ihm was am Verstande, er hat seine Touren" hieß es von ihm. —

Anscheinend war seine Lebensführung nach der Verheiratung eine gleichmäßigere geworden, denn die Ehefrau vermochte solche prägnante Züge nicht vorzubringen. Doch gab sie an, ihr Gatte rede manchmal nachts im Schlafe, verlasse bisweilen das Bett und wandle schlaftrunken umher, um erst auf Anruf zu sich zu kommen.

Intelligenzprüfungen des Qu. ergaben sehr geringe Kenntnisse, wofür aber zum Teil ungenügende Schulbildung infolge der absonderlichen Lebensbedingungen in der Jugend verantwortlich gemacht werden konnte. Rechenvermögen gering, speziell auf dem Gebiete der Division. Geographische und historische Kenntnisse sehr mäßig, doch ist Qu. über die Dinge des täglichen Lebens gut orientiert, vermag recht gut anzugeben, wie er leben muß, um ohne Kollisionen durchzukommen. Ist er ethisch auch nicht besonders hochstehend, so weiß er doch seine Pflichten zu definieren und hat durch Begründung einer Familie und die seitherige Fürsorge für dieselbe gezeigt, daß er sie in die Praxis umzusetzen weiß. — Sein Gedächtnis ist ein sehr gutes, er entsinnt sich speziell aller Einzelheiten aus den wenigen Tagen in denen er 1896 als Pfleger in einer Anstalt tätig war, nennt die Namen von Pflegern und Patienten aus jener Zeit und weiß Charakteristika derselben anzugeben.

Im Urteilsvermögen zeigten sich Züge von mäßiger Schwäche, indessen nicht so erheblichen Grades, daß man Qu. für jeden Verstoß gegen das Gesetz (beispielsweise Diebstahl) den Schutz des § 51 hätte zubilligen mögen.

Qu. verhielt sich während der Beobachtungszeit harmlos, durchaus fügsam, ab und zu bot er eine trübe Stimmung, die aber in seiner Situation ihre Erklärung fand. Wiederholt wurde beobachtet, daß er nachts im Schlafe sprach, sich viel umherwälzte. An manchen Tagen wurde über Kopfschmerz geklagt.

Körperlich fiel an dem nur 163 cm großen Manne wenig auf. Die Konfiguration des Schädels bot nichts Bemerkenswertes, nur war der Umfang von 54 cm etwas gering. Am Hinterhaupt fand sich eine von einem Unfall herrührende geringe Narbe, nicht empfindlich, nicht verwachsen.

Andauernd ließen sich nachweisen: verstärkte Reflexe, gesteigerte mechanische Muskelerregbarkeit, Fingertremor, und eine gesteigerte Berührungsempfindlichkeit der gesamten Körperoberfläche.

Qu. gab bezüglich der letzten, ihm zur Last gelegten Straftat an, daß er zwar alles unterschrieben habe, was man ihm vorgelesen, doch entsinne er sich in keiner Weise, was er am Tage der Tat angestellt. Er habe bei einer Spezereihändlerin am Vormittag Dienstleistungen ausgeführt und sei von dieser mit Bier und Schnaps regaliert. Was dann weiter geschehen, wisse er nicht mehr zu erinnern. In der Annahme, daß er für Dinge, die er dann angestellt habe, milder bestraft werde, wenn er gleich alles einräume, habe er sich schuldig bekannt. Als er an dem betreffenden Tage den Alkohol genossen, habe er gleich gemerkt, daß er zu der Kanalarbeit, bei der er beschäftigt gewesen, nicht gehen dürfe, denn er werde sonst in den Kanal fallen. Auch würde ihn der Vorarbeiter garnicht eingestellt haben.

Sexuell wollte er keineswegs besonders begehrlich sein. Er gab an, daß

ihm die Ehefrau nach der zweiten Bestrafung gesagt habe, sie wolle ihm stets, so oft er darnach Verlangen trage, zu willen sein, damit er nicht andere Frauen angreife.

Alle Momente sprachen dafür, in Qu. einen alkoholintoleranten, larvierten Epileptiker zu sehen, der in einem Ausnahmezustande seine Straftat begangen hatte. Er wurde demgemäß freigesprochen, und auch in die Freiheit entlassen, obwohl der Vorschlag des Gutachters, ihn einer Art polizeilich-amtsärztlicher Aufsicht zu unterstellen, nicht realisierbar erschien.

Drei Monate später wird er spät abends polizeilich wieder zugeführt. Vierzehn Tage früher hatte er bereits einmal einen kurzen Dämmerzustand nachts, räumte sein Bett aus, schlug auf die Frau ein, riß das jüngste Kind aus der Wiege und wollte es gegen den Ofen werfen, schlief dann aber wieder ein. — Am Tage vor der neuerlichen Zuführung war er über Land zu Angehörigen, trank Spirituosen, kam leicht erregt heim, war zunächst aber noch ruhig, schlief gut und arbeitete am nächsten Vormittage. Dann fühlte er sich unpäßlich, und beim Abendessen zeigten sich zum ersten Male echte Anfälle, er fiel mit einem Schrei um, schlug mit den Gliedmaßen um sich, hatte Schaum vor dem Munde, kam nicht ganz wieder zu sich, verkannte seine Umgebung. Die sexuelle Färbung des Zustandes trat diesmal insofern hervor, als er nach seinem sechsjährigen Töchterchen strebte, äußerte, es sehe aus wie eine 18jährige, und weitere indezente Redewendungen gebrauchte.

Der polizeilichen Zuführung widersetzte er sich heftig, erschien bei der Aufnahme zunächst wie ein völlig anderer, um nach tiefem, fast 24stündigem Schlafe mit völliger Amnesie und speziell ohne jedes Verständnis dafür, wie er in die Klinik gekommen sei, zu erwachen.

Es erfolgte nun Entmündigung wegen Geistesschwäche und mit Rücksicht auf die Gefährlichkeit für die Familie Verbringung in eine Irrenanstalt mangels der Möglichkeit, Qu. einer Epileptikeranstalt zuzuweisen. Qu. ist dann nochmals nach Monaten entlassen, nachdem man ihm in der Person eines sehr verständigen Geistlichen einen Kurator gesetzt hatte. Einmal kam man dahinter, daß er wieder Alkohol genommen hatte, und der Vormund veranlaßte abermals die Verbringung in die Anstalt, die Qu. aber später doch wieder verlassen durfte auf Grund seines Versprechens, nie wieder Alkohol zu sich zu nehmen. Er hat dieses Versprechen alsdann gehalten und sorgt seit über Jahresfrist in geordneter Weise für seine Familie.

Der Fall erinnert bezüglich der nachträglichen Fixierung der Diagnose an den von Sommer im Lehrbuch der psychopath. Untersuchungsmethoden S. 102—112 veröffentlichten des T. G. aus B. (vgl. auch die Kriminalpsychologie desselben Verfassers S. 260). Er lehrt auch, wie unzutreffend es ist, aus einem selbst jahrelangen Ausbleiben epileptischer Zustände während eines Strafvollzuges den Schluß herzuleiten, daß die ärztliche Diagnose eine irrtümliche gewesen sein müsse.

Eine Revision der beiden ersten zur Verurteilung des Qu. führenden Strafprozesse ist nicht erfolgt. Stammte er aus besseren Kreisen, in denen man bestrebt sein würde, die Nachkommen des Odiums, von einem mit Zuchthaus bestraften Vater zu stammen, zu entledigen, so würde wohl eine Revision beantragt sein und Qu. völlig rehabilitiert werden müssen.

Die Zahl der Epileptoiden, die nach einem ehrenvollen Leben in alkoholisch ausgelösten abnormen Zuständen gegen das Sitten-

gesetz verstießen, auf die Ihrigen dadurch unendlichen Jammer und Unehre brachten, um dann selbst verzweifelnd ihrem Leben ein Ziel zu setzen, ist eine nicht geringe. Die Fälle sind manchmal um so tragischer, wenn es sich um verhältnismäßig harmlose Delikte handelt, durch die weder eine körperliche Schädigung bewirkt wurde, noch auch von einer moralischen geredet werden kann. Wenn beispielsweise wie in dem folgenden Falle das Delikt an einem fast 14jährigen Bauernmädchen versucht wurde, das wohl schon manchen nicht gerade von platonischen Empfindungen diktierten Griff befreundeter Burschen verspürt hat, so wird von einer ernstlichen moralischen Läsion wohl kaum gesprochen werden dürfen.

Tatbestand. Anamnese und Untersuchungsergebnis waren, in Kürze geschildert, hier die folgenden:

S. L. wurde im Alter von 57 Jahren wegen unsittlicher Handlungen, begangen an einer Minderjährigen, in Untersuchungshaft genommen.

In einer Julinacht brach gegen Mitternacht in unmittelbarer Nähe seiner Wohnung ein Schadenfeuer aus, das sogar auf sein Haus übersprang. Unter heftiger Aufregung beteiligte er sich an den Löscharbeiten und gab dabei, sich selbst am Konsum stark beteiligend, den Löschmannschaften reichliche Mengen Alkohol zum besten. Um drei Uhr nachts war er in einem Zustande, den Zeugen später als Betrunkenheit bezeichneten. Anstatt nach den Anstrengungen und dem Alkoholgenuß in dieser Nacht nun Ruhe zu suchen, fährt er um sieben Uhr früh bereits mit einem Freunde über Land, unterwegs wird schon wieder Bier konsumiert und der Begleiter konstatiert, daß er direktionslos ist. Gleichwohl verläßt er ihn aus geschäftlichen Gründen, und ein um seine Beaufsichtigung gebetener dritter kümmert sich ebensowenig um den Unglücklichen, der nun sich selbst überlassen die Chaussee entlang wandert, bis er einem kleinen Mädchen begegnet. Er lockt es durch Geldversprechungen vom Wege ab, setzt sich an den Boden, heißt es, neben ihn treten und vollführt unzüchtige Manipulationen, indem er es betastet. Ein Stuprum wurde nicht versucht, seine Genitalien entblößte der Täter nicht.

Die Szene war vom Hause eines in der Nähe wohnenden Landgendarmen aus beobachtet worden. Letzterer eilte hinzu und verhaftete den L., der die Tat in Abrede stellte und nur mit dem Kinde gescherzt und es am Fuß gepackt haben wollte.

Die Nachricht seiner Verhaftung schmetterte die Seinen nieder, seine Tat erschien ihnen und seinem Freundeskreise rätselhaft, war er doch niemals vorbestraft, verheiratet, ein guter Vater und Gatte, dabei aus guter Familie, Inhaber eines Vertrauenspostens (Beamter einer fürstlichen Verwaltung), ehemaliger Offizier, Träger mehrerer Orden und Ehrenzeichen, kurz ein Mann, bei dem man sich einen strafbaren Angriff auf eine Minderjährige nicht zu erklären vermochte, es sei denn, daß er in vorübergehender Geistesstörung gehandelt hätte.

Ärztliche Untersuchung vermochte an dem Kinde nichts zu entdecken, was dafür hätte sprechen können, daß ein Mißbrauchsversuch gemacht sei. Auch in bezug auf etwaige Residuen brüsker Handgreiflichkeiten war nichts zu eruieren. In ersterer Hinsicht entbehrte also ein Verdacht gegen L. jeder objektiven Begründung. Im übrigen stand aber seiner Behauptung, er habe sich nur einen scherzhaften Griff gestattet, die Angabe des Kindes stets entgegen, wonach an ihm unzüchtige Betastungen vorgenommen sein sollten.

L. hob vom ersten Tage der Untersuchungshaft an hervor, daß er an perio-

disch auftretenden Zuständen leide, ausgelöst zu unregelmäßigen Zeiten von häuslichen oder dienstlichen Aufregungen. Er könne dann nicht ordentlich nachdenken, handle oft unüberlegt, habe ein unbestimmtes Angstgefühl mit Herzklopfen und eingenommenem Kopf. In solchen Zuständen sei sein Schlaf schlecht, er träume ängstliche Dinge, sehe bei geschlossenen Augen Zerrbilder von Personen. Sein Triebleben sei gesteigert. Dann greife er auch zum Alkohol. Viele Einzelheiten der Vorgänge vor und während der ihm zur Last gelegten Tat seien ihm nur nebelhaft in Erinnerung.

Diese Angaben zusammen mit einer außerordentlich starken Gemütsdepression im Beginne der Untersuchungshaft und die Hervorhebung einer starken erblichen Belastung gaben hinreichend Momente zur Herbeiführung einer psychiatrischen Beobachtung ab.

In der Tat war die Heredität des Angeschuldigten eine außerordentlich schwere. Eines seiner Kinder war epileptisch, ein zweites nervös, seine Schwester ebenfalls „nervenleidend". Der Vater starb infolge eines Sturzes nach langjährigem Potatorium. Ein Bruder des letzteren verübte Suicid, ein zweiter war abnorm, bekannt wegen seiner tollen Streiche. Zwei Söhne dieses waren in Anstalten, einer von ihnen starb in der Irrenanstalt als Paranoiker und Alkoholist. Eine Vatersschwester starb ebenfalls in einer Irrenanstalt, sie war chronisch deprimiert, trug sich auch oft mit Suicidneigungen. Eine andere starb nach einer nicht benannten Krankheit, die mit Geschwürsbildung einherging, vielleicht als Diabetes anzusprechen .war. Des Vaters Vater war ebenfalls Potator gewesen. L. konnte somit wohl als schwer belastet gelten.

Über seinen Lebenslauf konnte folgendes festgestellt werden. Er war im Alter von 18 Jahren als Avantageur in den hessischen Militärdienst eingetreten, hatte die Kriege von 1866 und 1870 mitgemacht, war Premierleutnant geworden und 1876 wegen eines rheumatischen Leidens pensioniert, fand dann aber doch Verwendung im Polizeidienst einer größeren Stadt und wurde Kommissar. Ende der 70 er Jahre beginnen sich dann nervöse Erscheinungen bei dem als verläßlich und diensteifrig bezeichneten Beamten zu zeigen, die ihn mehrfach zwangen, längeren Urlaub zu erbitten, Kaltwasserheilanstalten zu besuchen und zu medizinieren. Mit einer entschiedenen Neigung zur Periodizität stellten sich Kopfschmerzen, Kongestionen, Dyspepsie und Verdauungsstörungen, Stechen in allen Körperteilen ein. Der Patient war dann sehr heftig, auffällig gegen seine sonstige Gewohnheit, reizbar, sprach viel und überlaut, schimpfte auf alles, und neigte dazu, sich durch Alkohol zu betäuben. Im Gefühl seines Elends sollte er in den Zwischenzeiten gelegentlich Suicidtendenz haben durchblicken lassen. Er blieb aber doch im Polizeidienst, bis 1901, um nun, 55 Jahre alt, eine Stellung als Beamter in herrschaftlichen Diensten zu übernehmen, bis ihn das Verhängnis traf.

Der Raum gestattet es nicht, eingehend die Aussagen der Zeugen wiederzugeben. Nach allen Erhebungen bei vielen früheren Dienstkollegen und Freunden des L. unterlag es keinem Zweifel, daß man einem Menschen gegenstand, der seit langem eine Doppelnatur hatte. Bald war er „der beste Mensch von der Welt", bald fiel er durch sonderbares Wesen, Roheiten, Trunkexzesse auf. Mehrfach wurden Vorgänge berichtet, für die er nachträglich Amnesie gehabt haben sollte. Der Wechsel in seinem Verhalten, interkurrente depressive Phasen, Zeiten der Erregung und solche, in denen er den Eindruck des verläßlichen Menschen machte und jedermann ihn gern sah, alles das berechtigte, in L. einen nervösen Menschen mit starken periodischen Schwankungen zu sehen, bei dem die Möglichkeit des Auftretens von Zuständen, auf die der § 51 anzuwenden sei, ohne weiteres schon nach diesen Erhebungen zugegeben werden mußte.

Die körperliche Untersuchung des während der ganzen Zeit der Beobachtung den Eindruck eines völlig gebrochenen Mannes machenden Angeklagten ergab morphologisch eine auffällige Protzusion des rechten Bulbus, leichten Tremor der Finger, leicht gesteigerte Patellarreflexe, träge Pupillenreaktion, Nystagmus, Abweichen der Zunge nach rechts, aber keine Bißnarben. Abnorm starkes vasomotorisches Nachröten, Herabsetzung des Hörvermögens, leichte Albuminurie, beständige Vermehrung der Pulsfrequenz zwischen 90 und 120.

L. wurde in die Untersuchungshaft zurückgenommen, und wäre auf Grund des über ihn erstatteten Gutachtens wohl mit größester Wahrscheinlichkeit freigesprochen, hätte er nicht durch Selbstmord seinem Leben ein Ende gesetzt.

Zu bemerken ist, daß ärztlicherseits vor der Zurückführung in das Untersuchungsgefängnis gewarnt und auf die Selbstmordgefahr hingewiesen war.

Daß, wie zu allen Verbrechen überhaupt, so auch zum Sittendelikt die Gruppe der psychopathisch Veranlagten, ein großes Kontingent stellt, bedarf kaum der Betonung. Eine erhebliche Anzahl der gegen den § 175 sich vergehenden Personen ist hierher zu zählen, das unterliegt kaum einem Zweifel. Darum aber in jedem Falle von Vergehen gegen diesen Paragraphen oder einem anderen von unwiderstehlichen und darum entschuldbaren Trieben zu sprechen, ist nicht gerechtfertigt. Es bedarf in allen Fällen sexueller Straftaten durch Psychopathen einer sorgfältigen Analyse der ganzen Persönlichkeit, und nur der Nachweis intellektuellen Defektes oder transitorischer Bewußtseinsveränderungen während der Tat darf bestimmen, sie zu exkulpieren. Wohingegen allerdings stets ihre Anlage berücksichtigt werden sollte durch mildere Strafe, was aber wohlgemerkt keineswegs gleichbedeutend zu sein braucht mit kürzerer Dauer einer Freiheitsentziehung.

Unter den Psychopathen und Degénérés sind, das ist hinreichend bekannt, eine Unmenge Personen mit Perversitäten des Geschlechtslebens, die förmlich habituell eine Form der Betätigung wählen, welche für die Öffentlichkeit beleidigend ist trotz ihrer oft relativen Harmlosigkeit, und ebenfalls geradezu unausrottbar sich darstellt und immer wieder zu Konflikten Anlaß gibt. Ich habe einen hierhin gehörigen Menschen 1903 zu begutachten gehabt, bei dem man wohl von einem unwiderstehlichen Trieb reden kann. Zur Zeit ist er gerade wieder in F. in Untersuchungshaft wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses (§ 183), d. h. er hat im belebten Wartesaal des Bahnhofes den Penis frei herumgetragen, in einem Raum, in welchem er sofort alles gegen sich in Aufruhr bringen mußte, in welchem Flucht ausgeschlossen war, ein Beweis der Unwiderstehlichkeit des Triebes.

Der Mann hieß B. Er war im Februar 1903 in G. Knecht und Wagenführer, und verging sich eines Tages an einem kleineren Mädchen, indem er ihm unter die Röcke griff. Am nächsten Tage verhaftet entläuft er und begeht vor der Stadt abermals einen spielerischen Angriff auf eine Zwölfjährige. Gleichwohl kehrt er in seine Behausung zurück, wird inhaftiert, und nun stellt sich heraus, daß er schon mehrfach aus gleichem Anlaß kriminell geworden war. Und zwar war er,

ebenfalls wegen Manipulationen an Minderjährigen schon einmal zu mehreren Jahren Zuchthaus verurteilt. — Seine Jugendentwicklung (er war vom Lande) war eine normale. Er war an Intelligenz den andern voraus, mäßig hereditär belastet, dabei eine stille Natur. — Mit 22 kam er zum Militär, wurde aber aus körperlichen Gründen entlassen, ging wieder in sein Dorf zurück und heiratete. Er sollte nach Angaben der Frau weder lüstern, noch pervers sich gezeigt, auch nicht etwa an Impotenz gelitten haben.

Bald nach der Eheschließung trifft er eines Tages spielende Mädchen vor dem Nachbardorf und beginnt unsittliche Spielereien, indem er sie sich breitbeinig aufstellen läßt, den Kopf unter ihre Röcke steckt, sie betastet. — Er wird unter Anklage gestellt, und es ergibt sich, daß er auch früher schon einmal sich in gleicher Art sehr verdächtig gemacht hat.

In der Untersuchungshaft kommt es zu eigentümlichen Erregungen, die zum Teil als Simulation aufgefaßt werden, dann aber auch wieder als Delirium tremens. Mit Rücksicht auf eine Pupillendifferenz äußert ein Gefängnisarzt sogar Paralyseverdacht.

Es lag somit Grund zur vorsichtigen Behandlung vor; ja, man faßte B. sogar als geisteskrank auf, ohne daß sein Strafverfahren erledigt gewesen wäre, und internierte ihn. Drei Monate blieb er in einer Anstalt, dann entließ man ihn in die Heimat, und sprach sich gegenüber der Behörde aus: die Möglichkeit transitorischer Störungen in der Untersuchungshaft sei nicht ausgeschlossen, er habe aber sicher vieles hinzusimuliert. Es liege kein Grund vor, ihm den Schutz des § 51 zu gewähren, da für die Zeit der Straftaten ein den Bedingungen des letzteren entsprechender Geisteszustand nicht bestanden haben dürfte.

Ehe noch die Staatsanwaltschaft ihre Hand abermals auf den daheim Lebenden legen konnte, beging er am 31. Mai 1895 wieder ein Sittlichkeitsdelikt. Er war als Landarbeiter bei einem Wirt in einem Nachbardorf tätig und schlief im Hause desselben. Abends ruft er die elfjährige Tochter zu sich, erzählt ihr allerhand sonderbare Dinge, er habe ein Geschwür am Körper, das er nicht allein verbinden könne, sie solle ihm helfen. Dann entkleidet er sich bis aufs Hemd, läßt sich von dem Kinde betasten und gibt ihm schließlich den Penis in die Hand. — Nachdem das sich ängstigende Kind fort ist, geht er flüchtig angekleidet noch unter dem Vorwande aus, er müsse zum Arzte. Heimkommend wird er mit Vorwürfen empfangen, da inzwischen das Kind geplaudert hatte. Er wird heftig erregt, soll sich dann im Dunkeln auf der Straße nach der Angabe der einen halb, der andern bis aufs Hemde entkleidet und „wie toll“ gebärdet haben, läuft wieder fort, pocht tief in der Nacht noch einmal an und hat sich dann im freien ausgeschlafen. Unter einem Baume liegend will er am anderen Morgen zu sich gekommen sein. Die Straftat war ihm angeblich nicht erinnerlich.

Am 30. Juni 1895 wieder in Haft genommen, verfällt er gegen den 5. Juli abermals in höchst absonderliche Zustände. Der Gerichtsarzt spricht von Stupor, motorischer Hemmung und Erschlaffung der Muskulatur, völliger Anästhesie und Mutismus. Der beobachtende Kreisphysikus konstatierte in sehr dankenswerter Weise, weil damit die Möglichkeit des Ausschlusses der Simulation gegeben ist, ganz enorme Pulsfrequenzschwankungen. Der Puls ging bisweilen bis auf 45 herunter, um dann „mitunter ganz plötzlich bis zu 140 pro Minute“ hinaufzuschnellen, ohne daß eine nachweisbare äußere Veranlassung vorlag. B. verriet, wie der beobachtende Arzt sich ausdrückte, durch Nichts den Simulanten.

Abermals kam er, nun auf Grund des § 81, am 19. Juli 1895 in die Irrenanstalt. Das Gutachten dieser berichtet, daß er anfangs förmlich den Anblick des Melancholikers bot, nicht beim Anreden reagierte, einen traurigen physiognomischen

Ausdruck zeigte. Beständig habe er am gleichen Platze gesessen. Jedenfalls ließ er also einen auffälligen Mangel an geistiger Regsamkeit erkennen, der sehr gut zu allem Vorangegangenen paßte. — Der körperliche Status verzeichnet Reflexsteigerungen, ein sehr verfeinertes Tastgefühl, andauernd vermehrte Pulsfrequenz, über 100, Fingertremor. B. wollte oft „zwitschern" in den Ohren hören, auch werde ihm „schweig" zugerufen. Eines Tages sprang er, ein kleines Mädchen draußen erblickend, impulsiv ans Fenster, zog den Penis hervor und masturbierte, ein Akt, für den er hernach amnestisch sein wollte.

Als Simulation legte man es ihm aus, wenn er z. B. Fragen wie zwei mal zwei nicht beantworten können wollte, oder wenn er sich als unverheiratet bezeichnete, in seiner Heimat zu sein behauptete, den täglich ihn versorgenden Wärter nicht zu kennen vorgab. Die Sinnlosigkeit solcher Antworten zwischen anderen richtigen und zutreffenden fiel anscheinend nicht auf, obwohl der Gedanke an spielerisches Danebenreden (Sommers Paralogie, Gansersches Symptom) nahe lag. Wieder gab B. an, daß er früher an Bewußtseinstrübungen gelitten habe, während er Bettnässen und Krampfanfälle negierte, obschon hier bei wirklich vorhandener Simulationsabsicht positive Angaben eigentlich eher hätten erwartet werden sollen.

Das Endresultat war die Bejahung der Zurechnungsfähigkeit. B. sei, vielleicht auf dem Boden erblicher Belastung, sexuell eigenartig angelegt, mit abnormen geschlechtlichen Neigungen behaftet, aber Seelenstörung habe sich nicht feststellen lassen. Epilepsie schloß man aus, da Sekundärerscheinungen dieser Neurose, Intelligenzabnahme sich in keiner Weise zeigten.

So ging er am 1. September 1895 abermals in die Untersuchungshaft zurück, wurde aber am 14. Oktober schon wieder „wegen Nervenzuckungen" in ein Krankenhaus gebracht, aus dem er wenige Tage später entwich, um in seine Heimat zu gehen und von dort selbst dem leitenden Arzte mitzuteilen, er komme in ein paar Tagen wieder. Nachdem ihn nochmals der Gerichtsarzt für einen Simulanten erklärt, wird er am 18. November 1895 trotz eigentümlichen Gebahrens bei der Verhandlung (erschien verwirrt, redete unverständlich von „asiatischen und afrikanischen Zuständen") zu drei Jahren Zuchthaus verurteilt.

Er trat seine Strafe an und war über zwei Jahre anscheinend geistesgesund. Verschiedentlich trafen ihn Disziplinarstrafen wegen Trägheit, Unsauberkeit, Unbotmäßigkeit, ohne daß sich feststellen läßt, ob nicht vielleicht zeitweilig Zustände von Hemmungen oder leichter Erreglichkeit hier hätten entschuldigend angeführt werden können.

Im Januar 1898 nimmt nun aber das Bild eine ganz neue, eigenartige Färbung an, es tauchen religiöse Wahnideen auf, B. nennt sich mit eigentümlichem Anklang an seinen Vor- und Nachnamen „Apostel Johannes", redet und schreibt von seinem Apostelamte, stellt sich als den Verfolgten und durch Trübsal Geläuterten hin, dem man Gift habe geben wollen usw.

Da er dabei harmlos erschien, so behielt man ihn in der Anstalt und entließ ihn im November 1898 in seine Heimat. Aber schon am 4. März 1899 ist er abermals in Haft, diesmal wegen echt exhibitionistischer Handlungen, Erscheinen vor Frauen mit entblößten Genitalien. Dem Untersuchungsrichter gegenüber nennt er sich „Apostel Johannes", er sei nicht geboren, habe weder Vater noch Mutter, wohl aber eine Frau und Tochter. Seine Unterschrift unter dem Vernehmungsprotokoll „hl. Johannes" läßt deutlichen Fingertremor erkennen.

Man könnte, speziell wenn man die Ansicht teilte, daß B. früher zu simulieren suchte, geneigt sein, nun erst recht diesen Standpunkt zu vertreten. Allein ehe er noch wieder kriminell geworden war, verhielt er sich genau so in bezug auf seine Apostelschaft, wie nun vor Gericht. Aus den vorangehenden Monaten

liegen Briefe vor an seine Eltern, voll religiösen Schwulstes, er sei nicht ihr Sohn, lebe „in der Verwandlung und Wiedergeburt“, sei ehedem der verstorbene Pfarrer des Ortes gewesen und besitze eine Tochter. Das jüngste Gericht sei nahe und nur bei ihm Seligkeit zu finden usw. In gleichem Sinne hatte B. zahlreiche Briefe an den Bürgermeister seines Heimatsortes geschrieben.

Abermals schickte ihn der gleiche Gerichtsarzt, wieder geneigt Simulation bei ihm anzunehmen, in die gleiche Anstalt, die ihn 1895 aufgenommen. Und diesmal behandelte letztere die Frage der Verantwortlichkeit wesentlich einfacher, obwohl nicht zutreffend, wie der ganze weitere Verlauf lehrte. Es hieß, daß es sich um einen ganz klaren Fall von Paranoia handle, „die sich während des Strafvollzuges entwickelt habe und nun in durchaus eindeutigem Krankheitsbilde sich präsentiere“.

Allerdings bot B. so systematisierte Wahnideen, wie sie sorgfältiger ausgebaut kein Paranoiker bieten kann. Er deutete seine gesamten Lebensschicksale im Sinne des Wahnes um, Stimmen sollten ihn zuerst auf seine hohe Mission verwiesen haben, seine Abstammung wurde beanstandet. Der Teufel habe ihn seine Delikte ausführen lassen, um ihn zu prüfen. Durch die erlittene Strafe habe er die Menschheit erlöst u. dgl. Alle Delikte wurden wahnhaft entschuldigt: er könne nicht sündigen, das fleischliche gehöre ihm nicht an. Die Mädchen hätten Sünde und der Teufel habe ihn verleitet, damit die Sünde von diesen auf ihn übergehe usw.

So gelangte er nun, außer Verfolgung gesetzt, nach Einstellung des Verfahrens in die Irrenpflegeanstalt, allein kaum 14 Tage nach der Ankunft unterzeichnet er sich wieder mit richtigem Namen, stellt seine Apostelschaft in Abrede, er sei zur Erkenntnis gelangt, daß das Unsinn sei. Gleichzeitig beginnt er, Wiederaufnahme seines Verfahrens anzustreben (anscheinend weil er in der Irrenanstalt nicht bleiben mochte) unter heftigen Protesten gegen die Ärzte, die ihn für verrückt erklärt hätten, um ihn von Strafe zu befreien, produziert daneben aber noch recht eigentümliche Schriftstücke, in denen davon geredet wird, daß die von ihm angegriffenen Kinder „von ihrer eigenen Sünde angetastet“ seien. „Dieses erklärt sich“, heißt es da einmal, „in der Geisteskrankheit, wo die Sünde der Kranken auf den Wärter übergeht. Die Nerven des Wärters werden so stark angegriffen, daß er sich nicht mehr helfen kann, denn allein dadurch, daß er in manchen Fällen kräftig drein schlägt. Wenn dieses geschehen ist, so spürt ein Wärter ganz genau, daß er dazu gezwungen worden ist. Denn der Kranke ist vom Wärter nicht, sondern von seiner eigenen Sünde geschlagen“.

B. hatte indessen mit seinen Remonstrationen keinen Erfolg, er mußte in der Anstalt bleiben, ein relativ harmloses Objekt der Pflege darstellend, und hatte ziemliche Bewegungsfreiheit. Abermals beging er nun innerhalb der Anstalt im Sommer 1900 einen Angriff auf das Töchterchen eines Angestellten, wurde aber dabei ertappt und von nun an strenger interniert. Seine Abneigung gegen die Anstaltspflege veranlaßte ihn, Februar 1901, in der strengsten Jahreszeit, zu entweichen. Die Flucht gelang, er kam nach M., 150 km von der Anstalt entfernt, und fand hier Arbeit und guten Verdienst. Erst im September gelang es, seiner wieder habhaft zu werden, wesentlich auf Grund eines von ihm an die Staatsanwaltschaft gerichteten Schreibens, in dem er um Wiederaufnahme seines Verfahrens bat. — Abermals war er ein Jahr lang Anstaltspflegling, dann entließ man ihn trotz seiner Antezedentien versuchsweise, er wurde Knecht in G., um dann nach einem halben Jahre abermals in der eingangs erwähnten, für ihn geradezu charakteristischen Weise kriminell zu werden.

Er verhielt sich während der nun also veranlaßten Beobachtung durchaus sozial, freundlich, entgegenkommend. Weder Krampfanfälle noch

Bewußtseinsstörungen ereigneten sich. Nie hot er auf Simulation verdächtige Züge. Wahnbildung im Sinne der Apostelschaft bestand nicht, A. berichtete, daß er zwar früher von seiner hohen Mission überzeugt gewesen sei, indessen sehe er nun ein, daß alles nicht zutreffe.

Morphologisch bot er bis auf einen etwas verbreiterten Nasenrücken und angewachsenen Ohrläppchen nichts. Die Sexualorgane zeigten normalen Bau. Schädelnarben, Zungenbisse fehlten.

Vom körperlichen Befund seien nur die nervösen Symptome genannt: Differenz der Pupillen, stark wechselnd, bei stets erhaltener Reaktion. Andauernd zu beobachtende Steigerung der Reflexe und der mechanischen Muskelerregbarkeit. Feinschlägiger Fingertremor von wechselnder Intensität. Ständig vermehrte Pulsfrequenz bis zu 100. Vermehrte Schweißsekretion. Allgemeine Hypersensibilität der gesamten Körperoberfläche.

An manchen Tagen fühlte P. sich sehr müde, klagte über Schmerzen der Körperoberfläche, die ihm vorkomme „wie eine Wunde". Die Stimmung war gleichmäßig, nur ab und zu leicht deprimiert, nicht so sehr infolge Befürchtungen, als vielmehr wegen dieser schmerzhaften Empfindungen. Speziell wollte er das elektrische Licht schmerzlich empfinden.

Prüfungen seiner Intelligenz ergaben eine Summe von Kenntnissen, nach der zu urteilen B. den Durchschnitt seiner Altersgenossen aus gleichen Verhältnissen entschieden übertraf. Bei Unterhaltungen über ethische Dinge, Rechte und Pflichten des Einzelwesens im Rahmen der Gesamtheit etc. zeigte er sich wohlorientiert. Nie prägte sich in seinen Antworten eine frivole oder rohe Anschauung aus. Auch sein Urteilsvermögen und seine Beobachtungsgabe waren gut zu nennen.

Es war ihm sichtlich peinlich, über seine Straftaten befragt zu werden, ließ er sich dazu herbei, so waren seine Angaben aber derartig exakt bis ins Einzelne, daß man die Annahme, es könnten bei denselben Bewußtseinstrübungen in Frage kommen, fahren lassen mußte. Er wollte immer unter einem eigentümlichen, plötzlich auftretenden „seelischen Druck" gehandelt haben, dann habe er dem Trieb zur Betastung von Kindern nicht widerstehen können. Das Gefühl sexueller Befriedigung wollte er nicht gehabt haben. Hernach seien ihm sofort Reue, Beschämung und tiefer Kummer aufgestiegen, daß er wieder dem Triebe erlegen sei.

Erwog man mit ihm seine Zukunft, so war er auffällig indifferent, nur bat er, ihn nicht in die Irrenpflegeanstalt zurückzubringen, es sei ihm zu laut daselbst. Wegen des Lärms der daselbst untergebrachten, meist unheilbaren Kranken sei er auch entwichen. Er habe das Geschrei nicht mehr ertragen können. Diese Angabe erfährt eine Stütze dadurch, daß er gerade zur schärfsten Winterzeit, in einem abnorm strengen Winter, entwich, was er zu anderer Jahreszeit mit erheblich geringeren Beschwerden hätte ausführen können.

Nach allem war B. als schwerer Psychopath aufzufassen, der zweifellos an transitorischen Geistesstörungen gelitten hatte und auch in den Zwischenzeiten reich an abnormen Zügen war. Es handelte sich anscheinend bei ihm um periodisch einsetzende Phasen psychischen Unbehagens, allgemeinen Beklemmungsgefühls und innerer Unruhe, in denen es zu den inkriminierten, triebartigen Handlungen kommt. Er weiß recht wohl, wie verhängnisvoll sein Tun für ihn wird, daß er sich schwerer Strafe aussetzt (einmal hat er geschrieben: „während der Tat wußte ich genau, daß ich dieses nicht tun durfte"), aber er vermag in solchen Augenblicken dem Trieb nicht die nötige Hemmung entgegenzusetzen, derselbe ist eben unwiderstehlich, was auch dadurch bewiesen wird, daß er bei den letzten Straftaten, kaum der Verhaftung entgangen, sofort fast unmittelbar das gleiche Delikt wiederholte.

Daß bei solcher Sachlage es aussichtslos ist, wollte man durch Strafen ab-

schreckend auf den Täter wirken und ihn dadurch bestimmen, seine Hemmungen intensiver anzuspannen, liegt auf der Hand.

Ebensosehr liegt es aber auf der Hand, daß ein so veranlagter Mensch, nachdem er immer wieder unter pathologischen Einflüssen in der gleichen Weise kriminell geworden ist, unter dauernde Überwachung gehört, wie sie nur durch Unterbringung in einer Irren- oder Epileptikeranstalt ihm verschafft werden kann.

Das Verfahren wurde demnach eingestellt und B. auf Grund des Gutachtens in eine Irrenanstalt verbracht, da sich die Behörde der Ansicht anschloß, daß seine Freilassung einer Gefährdung der öffentlichen Sicherheit gleichkomme. Aus der Anstalt entwich er nach vier Monaten, abermals im Winter, wieder also grade zu einer Jahreszeit, in der die Existenzbedingungen für ihn draußen die denkbar schwierigsten waren. Er vagierte mehrere Monate in Süddeutschland, kam dann ruhig zur Polizei in G., dem Tatort seiner beiden letzten Vergehen, um seine noch daselbst vermuteten Utensilien zu erbitten und wurde wieder in die Anstalt zurückverbracht. Die nervösen Symptome bestanden weiter.

Aus einer hessischen Irrenanstalt der Pflegeanstalt seines Heimatlandes übergeben, in welche man ihn einige Jahre zuvor als Paranoiker aufgenommen hatte, erging es ihm nun folgendermaßen: Er entwich wiederholt, hielt sich einmal sogar vier Monate verborgen, wurde aber stets zurückgeführt. Inzwischen hatte er jedoch die Aufhebung seiner früher wegen chronischer Paranoia ausgesprochenen Entmündigung beantragt und hatte hiermit sogar schließlich Erfolg, nachdem die Direktion der Anstalt, welche ihn wegen seiner Gefährlichkeit für die Öffentlichkeit als weiter internierungsbedürftig erachtete, sich andrerseits doch dahin aussprach, daß er „nicht mehr an Paranoia leide, wie sie zur Zeit des Entmündigungsgutachtens bestanden habe und zur Wahrnehmung seiner Angelegenheiten fähig erscheine".

Solange er in der Anstalt lebte, hatte es allerdings wenig Wert, daß B. einen Vormund besaß, denn Vermögen war nicht zu verwalten. Wäre ihm aber ein solcher bestellt gewesen, so wäre der Öffentlichkeit doch wenigstens ein Schein von Garantie gegeben worden (zumal wenn es sich um einen einsichtigen Vormund gehandelt hätte), als B. nun im April 1906 auf Befürwortung der Anstaltsleitung hin abermals probeweise entlassen wurde. Herr seiner Handlungen begab er sich sofort in die nächste Großstadt, und hier befindet er sich zur Zeit der Niederschrift dieses Aufsatzes abermals in Untersuchungshaft wegen des eingangs erwähnten Deliktes.

Aus der psychologischen Analyse des Mannes war mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf den Rückfall zu schließen. Man kann geneigt sein, den der Rechtspraxis von so manchem gemachten Vorwurf, daß sie immer wieder habituelle Sittlichkeitsverbrecher in die Öffentlichkeit entlasse, in diesem Falle auch gegen den Psychiater zu erheben, muß sich aber in des letzteren Situation versetzen, um seine Anordnung der Entlassung verstehen zu können, nachdem die Entmündigung aufgehoben war.

Die Kasuistik der Fälle, in denen es sich um Psychopathen mit förmlich zwangsmäßig auftretenden Entäußerungen eines abnorm starken und abnorm gerichteten Sexualtriebes handelt, ist eine außerordentlich umfangreiche. Werfen wir noch einen Blick auf den senilen Sittlichkeitsverbrecher.

Ob im Alter der Geschlechtstrieb wieder aufflammt, die Begehrlichkeit wieder wach wird und nach einer Betätigung sucht, oder ob es sich um Individuen handelt, die *von jeher* sexuell erreglich waren und bei denen die Entäußerung des Triebes sich aus der Reduktion des Überlegungsvermögens erklärt, das zu erwägen hat keinen Zweck. Tatsache ist, daß in jedem Jahre man so und so viele Male das traurige Faktum lesen kann, daß Greise wegen unsittlicher Manipulationen coram publico oder wegen Angriffes auf die Geschlechtsehre, speziell wegen Attacken auf Kinder unter Anklage gestellt und auch verurteilt werden. Das ist oft um so trauriger, weil es sich in zahlreichen Fällen um unvorbestrafte Individuen aus ehrenwerten Familien handelt.

Generelles läßt sich in bezug auf die Anwendung des § 51 in diesen Fällen nicht sagen. Aber das darf gefordert werden, daß jeder Fall von Sittlichkeitsverbrechen im höheren Lebensalter psychiatrischer Prüfung unterbreitet und eingehend nach längerer Anstaltsbeobachtung gesichtet wird, *nicht nach kurzer Exploration im Untersuchungsgefängnis.* Die *gesamte* Verfassung der Persönlichkeit will in solchen Fällen klargestellt sein, umfassende Intelligenzprüfungen sind vorzunehmen, die Summe aller Beziehungen des Angeschuldigten während seiner letzten Lebensjahre will berücksichtigt sein, es muß untersucht werden, wie es um die für den Beginn pathologischer seniler Involution charakteristischen Veränderungen der Merkfähigkeit, des Assoziationsvermögens etc. bestellt ist. — Das sind Aufgaben, welche die Begutachtung in solchen Fällen zu einer schwierigen und zeitraubenden machen.

Besondere Beachtung beansprucht auch in solchen Fällen mehr wie irgendwo die Frage, ob *Alkoholgenuß* voranging, und ihre Bejahung sollte, zumal wenn ein makelloses Vorleben besteht und der Eintritt in das Senium unzweifelhaft bereits erfolgt ist, exkulpierende Kraft haben.

Ich kann keinen kasuistischen Beitrag zum senilen Sittendelikt bringen, da mir in 13jähriger psychiatrischer Tätigkeit keiner zur Begutachtung vorgelegen hat. Ob das Zufallserscheinung ist, vermag ich nicht zu sagen.

Eine weitere, aber kleine Gruppe stellen die *Initialstadien* geistiger Störungen. Daß *Paralytiker* oftmals, bevor sie anstaltsbedürftig werden, zu sexuellen Ausschweifungen aller Art neigen, ist hinreichend bekannt. Meist ist dann der Verfall der ganzen Persönlichkeit doch schon ein so charakteristischer, daß Zweifel sofort auftauchen. Wir haben jedenfalls noch keinen Paralytiker verpflegt, der wegen Sittendelikts in Untersuchung gezogen war. Auch wenn es bei Paralytikern zu scheinbar exhibitionistischen Handlungen kommt (Entblößungen ohne alle Scheu beim Urinieren, Demonstration der Genitalien

infolge ungenügenden Kleiderverschlusses usw.), so wird die Natur des Kranken wohl baldigst klargestellt.

Sehr oft pflegt in den Anfängen der degenerativen Geistesstörungen des zweiten und dritten Lebensjahrzehntes ein starkes sexuelles Moment mitzuspielen, das zu Konflikten führen kann. Wir haben im Vorjahr einen Fall etappenweise verlaufenden primären Schwachsinns verpflegt (Sohn einer geisteskranken Anstaltsinsassin und vermutlich eines Anstaltspfleglings oder eines Wärters), der im Beginn der Störung in verschiedene Kuhställe ging und sich in spezifischer Weise an den Tieren verging. In diesem Falle waren die anderweitigen Symptome geistiger Störung, aggressives Wesen, ruhestörendes Lärmen, so ausgeprägter Natur, daß sofortige Internierung nötig wurde und niemand an der Geistesstörung zweifelte. Es gibt indessen Fälle, in denen das Verhalten des Kranken sonst noch ein relativ geordnetes ist, so daß die Möglichkeit der Einleitung eines Strafverfahrens besteht.

Weiter können wir Vergehungen erleben bei Paranoikern. So haben wir 1896 einen Lehrer verpflegt, der auf Grund paranoischer Ideen und imperativer Sinnestäuschungen ein zwölfjähriges Mädchen zu mißbrauchen versuchte, ferner einen zweiten Lehrer, der unsittliche Handlungen an Schülerinnen aus hypochondrischen Wahnideen motivierte. — Dabei sei erwähnt, daß gelegentlich auch aus Aberglauben Sittendelikte herzuleiten sind. Es ist ein Glaube vielfach zu finden, daß man durch den Verkehr mit Minderjährigen und unberührten Kindern sich von Geschlechtskrankheiten kurieren könne. Selbst in unserer Zeit spielt eine solche finstere Anschauung noch bisweilen eine Rolle und schädigt die Opfer dann natürlich doppelt.

Von weiterer Kasuistik sei abgesehen und nunmehr ein Blick auf die Prophylaxe geworfen. Die Konstatierung der beständigen Zunahme der Sittendelikte drängt natürlich die Frage auf: Wenn man auf Grund der Feststellung fehlender Verantwortlichkeit so manchen, der sich verging, unter den Schutz des § 51 stellen will, was kann andererseits geschehen, um die Öffentlichkeit vor ihm zu schützen? — Ganz aus der Welt schaffen werden wir Sittlichkeitsverbrechen niemals, immer wird es Menschen geben, die ihrer Sinnlichkeit, ihren momentanen geschlechtlichen Erregungen keine oder nur ungenügende sittliche Erwägungen entgegenzusetzen vermögen, bei denen die Libido jede hemmende Schranke des Gesetzes niederreißt, die auf Grund ihrer Anlage unter bestimmten Umständen des Milieus einem auf sie einwirkenden Reiz erliegen müssen. Aber gerade die andere Hälfte, die auf Grund pathologischer Veranlagung sich vergeht, können wir in mancher Hinsicht ausschalten.

Die psychiatrische Aufgabe ist hier eine dreifache: Wir haben erstens dafür zu sorgen, daß die große Menge der

auf Grund ihrer Anlage zum Sittendelikt besonders Veranlagten, die sich in der Öffentlichkeit unter den Gesunden bewegen, hinreichend beaufsichtigt wird. In diesem Punkte deckt sich die Prophylaxe der Sittlichkeitsverbrechen mit der Prophylaxe des Verbrechens überhaupt. — Darüber besteht kein Zweifel, daß unsere Fürsorge für Idioten und Imbezille und Epileptiker und auch für die Alkoholkranken eine völlig ungenügende ist. Jeder Fall nach Analogie des Falles Tesnow ist ein Vorwurf für die Gesellschaft, die in ihren Maßnahmen für diese Gruppen von Defekten ein zu langsames Tempo einhält.

Die Zahl der zur selbständigen Lebensführung Unfähigen und dabei ungenügend Beaufsichtigten ist im Anwachsen begriffen. Wenn wir genügend Idiotenanstalten hätten, so mancher Idiot fände keine Gelegenheit, an Minderjährigen sich zu vergehen. Wenn wir genügend Epileptikeranstalten hätten, würde so manches Element aus der Öffentlichkeit scheiden, das ihr jederzeit zur Gefahr werden kann. — Wenn wir vorsorgend den dem Alkoholismus Verfallenden auf Grund einer verbesserten Gesetzgebung rechtzeitig dem Heilzweck reklamieren könnten, so mancher sittliche Niedergang bis zu der Tiefe, daß selbst das eigene Fleisch und Blut nicht geschont wird, würde verhindert werden können!

Jede Aufklärung der Menge über die Gefahr, welche der Alkoholmißbrauch in dieser Hinsicht hat, welche ferner das Milieu in sich schließen kann (denken wir an die Betrauung greiser Persönlichkeiten mit Kinderaufsicht), hat einen gewissen, wenn auch vielleicht zunächst gering erscheinenden prophylaktischen Wert. — Leider gilt aber auf fast allen Gebieten im Leben der Satz, daß man den Brunnen erst zudeckt, wenn das Kind hineingefallen ist. So auch hier! — Auch die unter psychopathologischem Gesichtswinkel zu betrachtenden Sittlichkeitsverbrecher werden wir oftmals erst als solche erkennen, wenn die verhängnisvolle Tat geschehen ist; und hier beginnt unsere zweite Aufgabe: dafür zu sorgen, daß sie erkannt und nicht nach den für den Gesunden bestimmten Normen des Strafgesetzes behandelt werden.

Nun ist wohl von manchen Seiten schon gesagt worden, der Untersuchungsrichter solle in allen Fällen von Sittlichkeitsverbrechen den psychiatrischen Arzt hinzuziehen. Das mag ja zweckmäßig sein, aber solche zu weitgehende Wünsche (Aschaffenburg fordert, daß kein Sittlichkeitsverbrecher bestraft werden dürfe, bevor seine geistige Gesundheit erwiesen sei) haben leicht das Resultat, daß das Entgegenkommen auf jener Seite gänzlich ausgeschaltet wird. — Es ist entschieden aussichtsvoller, wenn man nicht mit generellen Forderungen auftritt, sondern in erster Linie diejenigen Momente namhaft

macht, welche unbedingt Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit anregen müssen. — Hier ist zunächst die Wichtigkeit einer Prüfung der Hereditätsfrage zu betonen. Es sollte der Untersuchungsrichter von jedem Sittenverbrecher einen Stammbaum sich anlegen, soweit es ihm möglich ist. Wenn er den Täter in Deszendenz, Aszendenz und Seitenlinien stark belastet findet, so rechtfertigt das gewiß eine genauere Prüfung seines Lebensganges und seiner Persönlichkeit. — Weiter ist unbedingt jeder Fall von Bestialität, von Vergehungen mit Tieren, suspekt sowie ein Angriff auf weibliche Personen höheren Alters. Wenn beispielsweise ein 25 jähriger Mensch einen Notzuchtsakt gegen eine 75 jährige Alte verübt, wie es in einem meiner Fälle geschah, so ist das Grund genug, seinen normalen Verstand anzuzweifeln. Der Begutachtung bedürfen weiter alle Fälle wiederholten Sittendeliktes, ferner alle Fälle, in denen als Täter bisher unbestrafte Persönlichkeiten an der Schwelle des Greisenalters in Betracht kommen, und alle endlich, bei denen ein Verdacht auf epileptische Veranlagung des Täters aufgetaucht ist, oder bei denen eine auffällige Häufung impulsiver Entäußerungen des Geschlechtstriebes zu konstatieren ist.

Wer nach tadellosem Vorleben in reiferem Alter, vielleicht erwiesenermaßen nach Alkoholgenuß, kriminell wurde, der ist stets auf eine pathologische Beschaffenheit zur Zeit der Tat verdächtig, und auch in scheinbar einfach gelagerten Fällen dieser Art sollten Anträge der Verteidigung auf psychiatrische Untersuchung nicht Ablehnung finden, wie es in einem der berührten Fälle geschah mit der Motivierung: „daß das Gericht der Hilfe des Psychiaters nicht bedürfe, da es auf Grund seiner eigenen Wahrnehmungen und eigener Wissenschaft in Verbindung mit dem Gutachten des Kreisarztes selbst in der Lage sei, den geistigen Zustand des Angeklagten zu beurteilen“.

Die Pflicht sorgfältigster Untersuchung solcher Fälle, in denen ev. der Sachverständige zur Zuwilligung des § 51 oder zu einem non liquet zugunsten des Angeklagten kommen könnte, ist auch aus dem Umstande herzuleiten, daß so oft eine Verurteilung die allerschwersten Folgen für die Familie hat, sowohl in bezug auf die gesellschaftliche Schätzung als auch oftmals in pekuniärer Hinsicht. Verurteilung hat beim Beamten, beispielsweise dem Lehrer, Entlassung zur Folge, und die Familie ist hilflos, wenn sie nicht private Subsistenzmittel besitzt. Freispruch zieht vielleicht die Pensionierung nach sich und reduziert damit die Einkünfte, aber die Familie ist damit doch vor äußerster Not bewahrt. — Es sind Fälle vorgekommen, in denen z. T. aus solchen Gründen nach Selbstmorden verurteilter Sittlichkeitsverbrecher im Strafvollzug Angehörige eine Wiederaufnahme des Verfahrens mit Erfolg anstrebten. — Es ist auch schon vorgekommen, daß Verurteilte,

um ihrer Familie die Reliktenversorgung zu erhalten, die ihr dann aus formalen Gründen nicht vorenthalten werden konnte, nach der Verhandlung mit einem gewissen Heroismus Hand an sich legten und ihrem Leben ein Ziel setzten. Wenn ich nicht irre, so spielte dies bei einem, man darf wohl vom menschlichen Standpunkte sagen bedauernswerten Manne in hervorragender Stellung, der vor zwei Jahren in Darmstadt wegen homosexueller Handlungen verurteilt wurde, eine Rolle.

Die manchmal wohl vertretene Ansicht, daß es egal sei, ob jemand in einen milden Strafvollzug gelange oder auf eine Weile der Irrenanstalt übergeben werde, die ihn dann doch auch wieder loslasse, ist also sehr anfechtbar.

Unsere dritte Aufgabe bezieht sich auf die Maßnahmen, welche dem exkulpierten Sittlichkeitsverbrecher, aber auch demjenigen gegenüber zu treffen sind, der schon im Urteil als defekt bezeichnet wurde oder bei dem im Strafvollzug sich ein Defekt herausstellte.

Wenn wir in einer gutachtlichen Äußerung zu dem Schlusse gekommen sind, daß jemand für eine Straftat, was immer es auch sein mag, nicht verantwortlich gemacht werden kann, weil er sie in einem Zustande von Bewußtseinsstörung oder Geisteskrankheit beging, so ist damit ja dem Buchstaben des Gesetzes nach unsre Aufgabe erfüllt. Aber unsre Beurteilung bleibt Stückwerk, wenn wir uns nicht auch darüber aussprechen, welche aus dem inneren Zustande des zu exkulpierenden Rechtbrechers herzuleitenden Maßregeln der Öffentlichkeit eine Garantie bieten, daß der Wiederholung der Straftat vorgebeugt wird.

Der deutsche Strafrichter kann nicht, wie der Richter in verschiedenen andern europäischen Staaten, sagen: „Du bist freigesprochen, aber ich lege Beschlag auf dich und sende dich zunächst in eine Anstalt", sondern seine Kompetenz ist bekanntlich enger bemessen. Das Gefühl der Verantwortlichkeit gegenüber dem Publikum bestimmt ihn gerade deswegen vielleicht nicht selten, daß er sich über das sachverständige Gutachten hinwegsetzt und doch eine Freiheitsstrafe verhängt. Anders, wenn der Richter in der Lage wäre, sofort den Freigesprochenen auf Grund ärztlicher Ausführungen den Verwaltungsbehörden zuzuführen, die ihn zunächst dann internieren, damit alsdann in Ruhe über die fernere Gestaltung seines Lebensweges beraten und beschlossen wird. — Nun wird es zwar viele geben, die sich kurz dahin resolvieren: „Im Falle des Freispruchs gebührt es sich, daß der Freigesprochene der Irrenanstalt überwiesen wird." — Das ist leichter gesagt, wie praktisch durchgeführt. In erster Linie kommt natürlich die Schwere des Deliktes in Betracht, und wer sich in schwerster Weise verging, wer im Dämmerzustande Schändung und Tötung beging, der gehört selbstredend interniert für immer. Epileptikeranstalten beherbergen

so manchen über die ganze Lebensdauer, der über Jahr und Tag innerhalb ihrer Mauern sich geordnet und sozial verhält, der aber dennoch zu bleiben hat, weil er der Summe der draußen auf ihn einwirkenden Reize nicht gewachsen ist. Dahin ist auch der nachweislich epileptische Sittlichkeitsverbrecher zu rechnen, der sich in schwerster Weise verging.

Anderes aber liegt vor, wenn eine minder schwere Handlung begangen wurde, wenn es sich vielleicht nur um eine triebartig unter gelegentlichem Alkoholgenuß auftretende vereinzelte Vergehung leichterer Art gehandelt hat, deren Täter nicht dauernd geisteskrank genannt werden kann. — Wir haben in solchen Fällen auch die Aufgabe, zu erwägen, ob es nicht möglich ist, dem Gemeinwesen die eminenten Kosten zu ersparen, die mit der Internierung des vielleicht Verheirateten, minderjährige Kinder Besitzenden verbunden sind.

Einer der oben erwähnten Männer verdient jetzt (aus der Anstalt entlassen) pro Woche ca. 20 M. und ernährt die Seinen. Als er interniert war, mußte die Gemeinde pro Tag ca. 1,20 M. für ihn zahlen. Die faktischen Generalunkosten in der Landesirrenanstalt betrugen aber per Verpflegungstag ca. 3 M., ganz abgesehen von den Kosten, die eigentlich als Verzinsung des vom Staate angelegten Kapitals für den Platz, den er besetzt, ebenfalls berechnet werden sollten. Also etwa weitere 300 M. Die Familie fällt der Armenpflege zur Last. Nehmen wir an, diese zahlt nur per Tag 1 M., ein jammervoller Satz für die Familie, so macht das weitere 365 M. Das sind schon etwa 1800 M. auf Kosten der Gesellschaft. Daß unter solchen Verhältnissen der Nachwuchs ungenügend ernährt wird, kränklich und schwächlich bleibt und in absehbarer Zeit ebenfalls der Hilfe bedarf, ist leicht abzusehen. Die Mutter wird außerdem den heranwachsenden Kindern durch die Notwendigkeit des Erwerbs entzogen werden, Mangel an Aufsicht und Verführung werden ein übriges tun, um auch aus diesen hereditär Belasteten Schädlinge des gesellschaftlichen Lebens zu machen. Das sind die Kehrseiten der Internierung, und wenn wir eben können, so soll uns diese Erwägung bestimmen, den Exkulpierten doch der Freiheit wieder zu geben. Allerdings unter Kautelen.

Handelt es sich um Imbezille, so werden wir für eine Prüfung der Entmündigungsfrage zu sorgen haben. Es liegt auf der Hand, daß bei demjenigen, der zu willensschwach ist, als daß er seinen Trieben die nötige Hemmung entgegen zu setzen vermag, von einer durch diese Willensschwäche bedingten Unfähigkeit zur Wahrnehmung einer seiner wichtigsten Angelegenheiten, der ordnungsmäßigen Einreihung in die bürgerliche Gesellschaft, gesprochen werden kann. — Mit dem Vormund werden wir für einen Wohnsitz zu sorgen haben, der die Schädlichkeiten des Milieus vermeidet, innerhalb dessen es zur

Straftat kam. Den Lehrer in seine Sehnlklasse znrückzusenden, das wird wohl niemand empfehlen. Den Ladenbesitzer, der Kinder hinter seine Theke lockte, um sie mit Süßigkeiten zn ködern nnd zn hetasten, dahin zurückkehren zn lassen, hat aneh seine Schattenseiten. Kann man für eine der Anfgabe sieh stets hewußt hleibende Anfsieht sorgen, so ist sehon viel gewonnen. Solehe Lente aher unheanfsiehtigt in eine Großstadt entlassen, vielleieht noeh gar nach Aufhebung der znnäehst verhängten Entmündigung auf Grund ihres Wohlverhaltens in der Anstalt, das ist wohl das Falscheste, was gesehehen kann.

Allerdings werden wir aneh hier wieder zn der hedanerliehen Konstatiernng gedrängt, daß uns immer noeh das Institut der Bernfsvormnndschaft, ausgeübt dureh hesonders für ihre Aufgahe vorgebildete znverlässige Personen, fehlt, wohei noch Sommers Vorschlag erwähnt sei, der dahin zielt, inshesondere exkulpierte epileptoid veranlagte Sittliehkeitsverhreeher einer Art ärztlicher Vormnndschaft zu unterstellen im Hinhliek auf die Tatsaehe, daß oft genng das Delikt nur die Teilerseheinung einer üher längere Zeit sieh erstreekenden psyehisehen Veränderung ist, die sieh eventnell hätte konstatieren nnd reehtzeitig behandeln lassen.

Wenn notoriseh der Alkohol der agent provoeateur ist, so hahen solehe Lente das Recht, ihn genießen zn dürfen, verwirkt. Es sollte polizeiliche Vorsehriften geben, welehe ihnen den Alkoholgenuß hei Strafe untersagen, ihre Angehörigen haftbar maehen für nenerliehen Sehaden, der aus einem mit ihrem Wissen erfolgten Alkoholgennß erwäehst, wie das sehon anf Grund des B.G.B. Vormündern gesehehen kann, die in der Beanfsiehtignng ihrer Mündel es an der nötigen Sorgfalt fehlen lassen.

Die Erleiehterung der Kontrolle derartiger Bestimmungen muß es als wünsehenswert erseheinen lassen, daß der Wohnsitz auf dem Lande genommen wird.

Ähnliehe Gesiehtspnnkte müßten aneh in der Behandlung des ans dem Strafvollznge entlassenen Sittlichkeitsverbreehers beachtet werden, ehe man ihn seiner Wege ziehen läßt. — Manehe wollen ihm, znmal naeh dem Rückfall, ein nnbegrenztes Strafmaß wegen seiner Gefährliehkeit znteil werden lassen. Dem gegenüber ist hervorzuhehen, daß dann gleiehes für andere, weit gefährliehere Kategorieen von Verhreehern gelten könnte, z. B. für die immer und immer wieder wegen Körperverletzung zur Verurteilung gelangenden, die sehließlieh doeh weit gefährlieher sind, wie der Exhibitionist oder der wider den § 176,3 Verstoßende.

Wir können also noch manches tun, nm der Wiederholung von Sittendelikten vorzuhengen.

Sind auch, um auch hierauf noch einen Blick zu werfen, unsere Gesetze zur Wahrung der Geschlechtsehre des Einzelnen und der allgemeinen Moral reformbedürftig? Im allgemeinen wohl kaum. Nur gegen einen wird seit Jahren in tendenziöser Weise Sturm gelaufen, und zweifelsohne ist er stark im Wanken. Das ist der bekannte § 175 in seiner ersten Hälfte.

Abnormität ist nicht Krankheit. Nur Taten, die in krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurden, bleiben straffrei, sofern sie wider die Bestimmungen des Strafgesetzbuches verstoßen. — Bei der gegenwärtigen Lage des Strafrechts haben wir uns zu fragen, wenn der Untersuchungsrichter uns einen wegen homosexueller Vergehungen Angeschuldigten zur Beobachtung zuführen läßt: Wie ist sein Geisteszustand in toto? Besteht ein angeborener Grad geistiger Schwäche und ein Tiefstand der Intelligenz, der das Verständnis für die Strafbarkeit des Tuns ausschließt, oder liegt Geistesstörung vor, deren Teilerscheinung der homosexuelle Akt ist, oder besteht eine Neurose, die bei der Abwägung der Verantwortlichkeit zu berücksichtigen ist. Sind diese Möglichkeiten zu verneinen, so darf der glaubhaft gemachte abnorme Trieb wohl mildernd in Betracht gezogen werden, ebenso wie der durchaus objektive Richter auch eine abnorm starke Erreglichkeit, eine Anlage zum Jähzorn bei der Strafausmessung berücksichtigen wird. Er darf alle die sonstigen guten Eigenschaften der Persönlichkeit zu ihren Gunsten in die Wage werfen, aber freisprechen kann er ihn angesichts der Gültigkeit des § 175 nicht. Wer als Sachverständiger in solchen Fällen in foro doctrinär behaupten wollte: „Das ist ein abnorm Veranlagter, dem man es nicht anrechnen darf, wenn er seinem Trieb folgt", der wäre wohl für das Gericht erledigt. — Eine andere Frage ist aber die: soll man nicht den Paragraphen ganz fallen lassen, der über so viele sonst tüchtige Menschen schon namenloses Unglück gebracht hat und unter dem so viele schuldlose Angehörige schon gelitten haben?

Es läßt sich, darüber ist ja genug geschrieben, so vieles dagegen sagen! Seine Inkonseqnenz ist groß, da er nicht homosexuelle Handlungen überhaupt, sondern nur beim männlichen Geschlecht bestraft. Mutuelle Onanie, ein Akt, den jeder kritisch denkende Mensch doch schließlich auf die gleiche Stufe stellen wird mit andern „beischlafähnlichen Handlungen", ist gestattet, aber die letzteren werden bestraft! Perversitäten wie z. B. Hirschfeld im Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen VIII S. 33 eine anführt — Koitus eines Weibes durch einen Homosexuellen, der dabei aber seinen Geliebten in den Arm nimmt und sich vorstellt, mit diesem den Akt auszuführen, — sind nicht strafbar; und der homosexuelle Verkehr, der vielleicht gar nicht im Einzelfalle mit Päderastie identisch ist, wird bestraft. Das sind

Widersinnigkeiten. Weiter will ich darauf hier nicht eingehen. Ich weiß mich aber eins mit Sommer (Kriminalpsychologie S. 245) und Mittermaier (Vorarbeiten zur deutschen Strafrechtsreform. Verbrechen wider die Sittlichkeit, S. 157), wenn ich der Abschaffung des Paragraphen nicht opponiere, allerdings unter der Bedingung, daß, wie Sommer es auch verlangt, die den allosexuellen geschlechtlichen Verkehr eindämmenden Bestimmungen des Strafrechts auch auf die homosexuellen Handlungen übertragen werden, und wenn gleichzeitig ein Paragraph geschaffen wird, möchte ich hinzusetzen, der die männliche Prostitution zur Erlangung irgendwelcher äußerer Vorteile bei schwerer Strafe verbietet. Die ist so ekelhaft und ehrlos, daß man sie mit allen Mitteln niederhalten muß.

Es ist interessant zu sehen, daß die Angreifer des § 175 neuerdings diese Konzession gern machen wollen. Benedikt Friedländer hat im letzten Jahrbuch f. sex. Zwischenstufen S. 301 ff. schon alle einschlägigen Paragraphen des Strafgesetzbuches in diesem Sinne redigiert inkl. des § 182, der von der Verführung von Personen unter 16 Jahren handelt, ein Paragraph, der übrigens meines Erachtens die Altersgrenze viel zu niedrig mit 14 und 16 Jahren ansetzt, und wenn er überhaupt im Sinne der nach Abschaffung des § 175 Verlangenden geändert wird, die Grenzen auf 16 und 18 Jahre setzen sollte. Denn auch die Verführung des 15jährigen Mädchens ist eine Handlung, die man nicht nur allein auf Antrag der Eltern oder Vormünder bestrafen sollte.

VI.

Neue Apparate zur optischen Exposition.

(Nach einem bei der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie am 28. April 1907 in Gießen gehaltenen Vortrag.)

Von Dr. **Friedrich Hackländer,** Assistenzarzt an der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen.

Bei den Apparaten zur optischen Exposition, die zu verschiedenen Versuchen gebraucht werden, handelt es sich meist darum, ein Reizwort oder einen anderen optischen Reiz sichtbar werden zu lassen und zugleich den Augenblick des Sichtbarwerdens zeitlich zu fixieren. Die Fixierung des Momentes des Sichtbarwerdens geschieht durch Schließung des Stromes einer Tausendstelsekundenuhr; die Uhr fängt an zu gehen und steht erst wieder still, wenn der Strom durch die Reaktion der Versuchsperson geöffnet wird. Die Stromöffnung geschieht bei rein motorischer Reaktion mit dem Morsetaster, bei sprachlicher Reaktion mit dem Schallschlüssel. Wenn gegen die Membran des Schallschlüssels gesprochen wird, so wird ein ihr anliegender Hammer weggestoßen, es öffnet sich ein Relaisstrom und in demselben Augenblick der Strom des Chronoskops; die Uhr steht still und gestattet, die zum Versuch gebrauchte Zeit abzulesen.

Vor der Beschreibung neuer Apparate zur optischen Exposition sei nun zunächst ein kurzer Überblick über bisher verwandte Apparate gegeben. Einer der ersten Apparate dieser Art ist das im Wundtschen Laboratorium gebrauchte Spaltpendel. Ein mit einem Spalt versehener Schirm pendelt zwischen zwei Elektromagneten am Reizwort vorbei, er wird zunächst von einem Magneten bei Stromschluß gehalten, löst sich aber im Moment der Öffnung des Elektromagnetstroms und eilt zum andern Magneten, von dem er festgehalten wird. Während er den Spalt am Reizwort vorbeiführt, schließt er den Uhrstrom. Nach dem Prinzip des Spaltpendels ist auch ein Apparat unseres Laboratoriums konstruiert, der es ermöglicht, einen Lichtstrahl nur für die Zeit des Durchganges des Diaphragmas sichtbar zu machen.

Das Wundtsche Spaltpendel ist schwer zu handhaben. Wesentlich einfacher gestaltet sich die Exposition eines Reizwortes mit dem Apparat

von Römer. Die Karte mit dem zu exponierenden Reizwort wird hinter einer Messingplatte festgesteckt, die sich bei Auslösung ihres Haltemechanismus, beim Niederdrücken einer Feder mit Anschlagknacken, um 180° dreht. Die Drehung wird bewirkt durch eine in der Achse der Platte in einer kleinen Trommel liegende stark gespannte Feder. Der Stromschluß im Moment des Sichtbarwerdens des Reizwortes wird hervorgerufen durch Anschlagen eines Zapfens der Platte gegen einen Kontaktstift. Der Apparat verursacht ein ziemlich starkes Geräusch; er ist in unserem Laboratorium auch zu plötzlichem akustischem Reiz verwendet worden. Abgesehen aber von dem erheblichen Geräusch wird seine Verwendbarkeit noch beeinträchtigt durch den nach jedem Versuch notwendigen umständlichen Kartenwechsel.

Das Wechseln der Karten erleichtert der Apparat von Alber. Die Karten bewegen sich in einer Führung und werden durch eine Feder gegen das Diaphragma gedrückt. Vor ihnen wird eine Blende aufgehißt, die durch Übergreifen eines Knackens über den Knacken einer Feder gehalten wird. Beim Abdrücken der Feder von der Diaphragmaplatte wird der Haltemechanismus gelöst, die Blende schnellt herunter und nimmt die zuletzt exponierte Karte mit, um im Diaphragma eine neue sichtbar werden zu lassen. Im Moment, wo die neue Karte sichtbar wird, schließt die Blende einen Kontakt. Der Apparat arbeitet gut, ist leicht zu handhaben, macht aber auch Geräusch, wenn auch nicht so sehr wie der Römersche. — Eine von Herrn Mechaniker Runne in Heidelberg an dem Alberschen Apparat angebrachte Modifikation erscheint nach der von Ach gegebenen Beschreibung auch nicht geeignet, das Geräusch zu reduzieren. Die Modifikation besteht darin, daß die zuletzt exponierte Karte vor dem neuen Versuch durch Senken eines Rahmens, in den sie durch die Albersche Führung und Vorwärtsbewegung hineingetreten ist, entfernt wird. Dann stellt sich der Rahmen wieder ein, um eine neue Karte aufzunehmen. Bei seiner Abwärtsbewegung hat er eine Blende mitgenommen, die aber bei seiner Aufwärtsbewegung liegen bleibt und erst durch plötzliches Emporschnellen das Reizwort sichtbar macht. Während also beim Alberschen Apparat die die erste Karte mit fortnehmende Platte zugleich vorher als Blende funktionieren konnte, ist zu dieser Funktion beim Alber-Runneschen noch eine zweite Platte erforderlich.

Auch die Handhabung dieser Apparate, die Einstellung vor jedem Versuch, erfordert Zeit und für einige Versuche ist es wünschenswert, in kurzer Zeit viele Expositionen machen zu können. Das suchen die rotierenden Apparate zu erreichen. Der primitivste dieser Art ist die von Müller und Schumann zu Gedächtnisversuchen nach Ebbinghaus benutzte Kymographiontrommel, die sie später durch den von Baltzar konstruierten Rotationsapparat mit verstellbaren Windflügeln zur Vari-

ierung der Geschwindigkeit ersetzten. Die Wörter und Silben bewegten sich von unten nach oben und wurden durch einen Spalt betrachtet. In unserem Laboratorium wurde früher eine Vertikaltrommel benutzt, bei der sich die Wörter von links nach rechts bewegten. Bei kontinuierlicher Drehung der Trommel machte nun das Ablesen der am Spalt vorbeistreichenden Silben Schwindel und Augenflimmern. Es erschien also wünschenswert, jedes Wort oder jede Silbe eine gewisse Zeit stehen lassen zu können. Müller und Pilzecker, welche die Gedächtnisversuche von Müller und Schumann fortsetzten, erreichten dies mit einem zwölfseitigen Prisma, das sie zur Untersuchung der Reproduktionsdauer von nach der Müller-Schumannschen Methode exponierten Silben anwandten. Zwölf betonte Silben wurden auf das Prisma aufgezogen. Die Versuchsperson hatte die zugehörigen unbetonten zu nennen. Die Exposition der einzelnen Silben geschah nun folgendermaßen. Als Blende wirkte ein an einem Elektromagneten aufgehängter Fallschirm, der beim Öffnen des Stromes herunterfiel und den Uhrstrom schloß. Nach jedem Versuch mußte die Versuchsperson selbst den Fallschirm wieder hochschieben und das Prisma mit einer Sperrvorrichtung weiter drehen. Der Elektromagnetstrom war inzwischen vom Untersucher wieder geschlossen worden. Mit dieser umständlichen Methode haben Müller und Pilzecker 20 000 Silbenexpositionen und chronometrische Messungen ausgeführt.

Mit dem Apparat von Ranschburg würden sie weniger Zeit dazu gebraucht haben. Er stellt einen bedeutenden Fortschritt in der Technik der Expositionsapparate dar. Die Reizworte sind auf einer Scheibe angebracht. Die Scheibe wird mit einem Zahnrade auf einer Achse verbunden. In dieses Zahnrad greift ein Haken ein, der mit dem Anker eines Elektromagneten verbunden ist. Bei Schluß des Stromes zieht der mit dem Anker verbundene Haken das Zahnrad um einen Zahn weiter und die Reizwortscheibe rückt ein Wort weiter. Die Zähne des Rades entsprechen der Zahl der Reizworte. Die Aufeinanderfolge der Stromschließungen wird reguliert durch das Metronom. Die Pendelstange desselben trägt eine mit Platinspitzen versehene Querstange und taucht bei ihrer Bewegung bald die eine, bald die andere Spitze in einen Quecksilbernapf. Eine Variierung der Zeitfolge der Schließungen ist ermöglicht durch Verstellen des Laufgewichts der Pendelstange des Metronoms. Durch einen miteingeschalteten Morsetaster kann die rhythmische Folge der Wörter auch arretiert werden zum Zwecke längerer Exposition.

Nicht allein das Metronom, das ja auch im Nebenzimmer aufgestellt werden könnte, sondern namentlich der den Anker tragende Hebel macht ein ziemlich starkes Geräusch. Dieses suchte Wirth zu reduzieren. Das Prinzip seines Apparates ist das des Ranschburgschen Apparates. Die erste Form des Wirthschen Apparates besitzt auch

eine rotierende Scheibe; nur wird sie nicht ruckweite gedreht, sondern, durch ein Gewicht nach Art der Uhr in Rotation versetzt, wird sie infolge ihrer Verbindung mit einem Stiftrade abwechselnd von zwei einander gegenüberliegenden, elektromagnetisch angezogenen oder losgelassenen Heheln arretiert. Zur Reduzierung des Geräusches läßt Wirth die Stifte des Rades auf, an den Hebeln angebrachte, Seidenschnüre aufschlagen. In einer zweiten Form seines Apparates ersetzt Wirth die Scheibe durch eine rotierende Trommel, die er mit einer Schleife umgibt, auf der die Reizworte angebracht sind. Diesen Apparat hat Watt untersucht. Er findet, daß eine Stromstärke, die kein Geräusch beim Heranziehen des Magnetankers hervorbringt, nur selten imstande ist, die Reihung der Stifte an der seidenen Schnur zu überwinden. Auch hat er eine Reihung der Antriebkette beim Eingang in den Apparat als störend empfunden, da sie den Apparat mitten im Versuch zum Stillstand bringen könne. Watt klagt noch über die Schwierigkeit, die Abstände der Worte auf der Schleife genau zu bestimmen, sie müßten genau gemessen werden, wenn man der Gefahr entgehen wolle, daß die Wörter in dem kleinen Spalt allmählich unsichtbar würden. Eine zeitweilige Verschiebung des Reizwortes im Spalt ist aber wohl mehr durch kleine Rutschungen der Schleife auf der Trommel bedingt, als durch Fehler in der Abmessung der Entfernung der Worte.

Herr Mechaniker Hempel[1]) hat nun die Exposition ruckweise aufeinanderfolgender Wörter und Silben dadurch erreicht, daß er nicht die rotierende Trommel arretiert, sondern nur das fliehende Wortbild festhält in einem darüber befindlichen, der Bewegung des Wortes entsprechend sich neigenden Spiegel. Die winklige Einstellung des Spiegels wird bewirkt durch das Schleifen eines mit dem Spiegel ver-

[1]) In der Gießener Klinik.

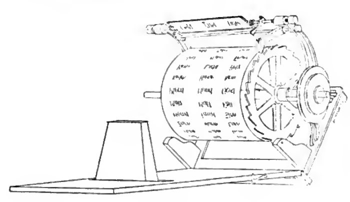


Fig. 1.

bundenen Hammers auf den Kurven eines mit der Trommel verbundenen Zahnrades. Die Worte sind spiegelbildlich geschrieben. Nebenstehende Figur 1 stellt den Apparat dar. Die Stirnplatte ist nach vorne geklappt. Sie trägt einen in einer Führung verschiebbaren Diaphragmatrichter, der auf die Wortreihen eingestellt werden kann.

Der Apparat arbeitet exakt und vollkommen geräuschlos. Er eignet sich vorzüglich für Gedächtnis- und Merkfähigkeitsversuche.

Auf Anregung des Herrn Professor Sommer hat Herr Hempel das Prinzip des sich neigenden Spiegels auch angewandt für die Exposition größerer Bilder. Herr Dr. Römer aus Illenau, der sich mit der Zusammenstellung eines „Bilderbuches" beschäftigt, sprach das Bedürfnis nach einem solchen Apparate aus. Er wird dargestellt durch die nebenstehende Fig. 2 und funktioniert folgendermaßen. Der vertikal stehende Spiegel wird

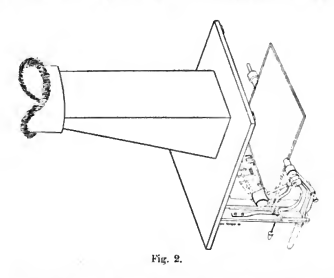


Fig. 2.

nach plötzlicher Auslösung seines Haltemechanismus, Niederziehen einer Feder mit Anschlag, durch ein Pendelgewicht geneigt und macht der durch den Diaphragmatrichter schauenden Versuchsperson das unter ihm liegende Bild sichtbar in dem Augenblick, wo er durch Anschlagen an Kontaktstifte den Chronoskopstrom schließt. Es können Bilder bis zu einer Größe von 13 $\times$ 18 cm exponiert werden. Kleinere Formate werden entsprechend eingebettet, damit sie in der Mitte der Spiegelfläche erscheinen.

Der folgende von mir konstruierte Apparat stellt außer der Expositionszeit die Reihenfolge und Wiederholung inhaltlich bekannter Reizworte in das Belieben des Untersuchers. Die mit den Reizworten beschriebenen Karten stehen in einem Kästchen und können durch einen

Druck anf die durch ein kleines Kärtchen mit dem Reizwort bezeichnete Taste exponiert werden dnrch einen einfachen Mechanismns, den nebenstehende Figur 3 erläntert.

Jede Karte steht auf einem über zwei Stäbe führenden Seidenfaden, welchen sie, wenn sie in ihrer Führungsrinne hinnntergleitet, mit ihrem nnteren Rande mit herunter nimmt. Die Fäden gehen anßen an den Stäben hernnter dnrch den Boden des Kästchens und sind an einen Hebel angeknotet, der infolge weiterer Übertragung dnrch einen einfachen Druck anf die mit dem Reizwort bezeichnete Taste hewegt werden kann.

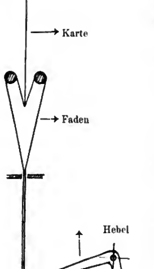


Fig. 3.

Bei Nachlassen des Druckes fällt die Karte, die eine Bleiplombe trägt, herunter nnd sinkt in ihr Versteck.

Eine Ansicht des Apparates gibt die umstehende Photographie (Figur 4). Durcb Drnck auf die mit „Jngend“ hezeichnete Taste ist das Wort „Jngend“ exponiert.

Die Karten schließen einen Kontakt in dem Angenblick, wo sie durch die Kontaktvorrichtnng selbst arretiert werden und ruhig stehen. Durch Anschlagen der Karten an eine an der Seite über sie gespannte Drahtsehne wird eine kleine Feder an einen Kontaktstift gezogen.

Der Apparat eignet sich zunächst für Assoziationsversuche. Bei Darhietnng der Reizworte in der Reihenfolge der Kolonnen des Sommerschen Assoziationshogens tritt leicht eine Einstellung der Versnchsperson anf den Inhalt der Reizwortkolonnen ein. Es wird z. B. auf hell „dunkel“ nnd anf „dunkel“ unmittelbar darauf mit „hell“ reagiert. Darnm ist ja schon vielfach von dieser Reihenfolge ahgewichen worden. Der Apparat gestattet nun aher auch, während einer Versnchsreibe, deren Reizworte hei den bisherigen Apparaten doch nach einer vorher festgelegten Reihenfolge exponiert werden mnßten, heliebig wechselnde, inhaltlich bekannte Reizworte zn exponieren, je nach der Art der Assoziation und der momentanen Geistesverfassnng der Versuchsperson, ohne daß diese die Willkür der Exposition zn merken braucht. Die Tasten können ja dnrch einen Schirm verdeckt werden.

Ich hahe nnn den Apparat mit dem Sommerschen Apparat znr Untersnchung der Ansdrucksbewegungen an den Fingern verbnnden in der Weise, daß bei Erscheinen eines Reizwortes, bei Stromschlnß, eine elektromagnetisch bewegte Feder eine Marke anf der Kymographion-

trommel machte, nnd, während die Versuchsperson assoziierte, nun beobachtet, ob sich Ausschläge in der durch Bewegungen der Finger gezeichneten Kurve fanden. Es zeigte sich, daß besonders bei verlängerter Assoziationszeit, namentlich bei Fehlen einer Assoziation, dentliche Ansschläge in der Knrve in allen drei Dimensionen auftraten. Eine Zeitlinie und Reaktion der Versnchsperson mit dem Schallschlüssel würde die Verhältnisse von Erscheinung des Reizwortes, Assoziationszeit nnd Ansdrncksbewegung noch klarer darstellen. Aber es darf nicht zn viel auf einmal von der Versuchsperson verlangt werden. Die Knrven, die ich hier anfgenommen habe, zeigen nnr den Angenblick des Sichtbarwerdens des Reizwortes und die motorische Reaktion, während

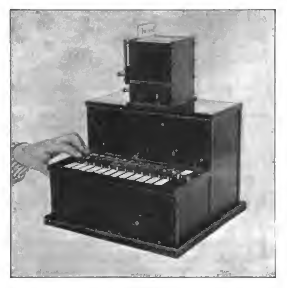


Fig. 4

ich die Assoziation notiert habe und die Zeit als meist mit der motorischen Reaktion zusammenfallend beobachtete. In oben angedenteter Weise gewonnene Versnchsergebnisse werden zeigen, daß Assoziationszeit und motorische Reaktion nicht immer znsammenfallen.

Die bloße Bewegnng des Sprechens der Versuchsperson, macht anch znweilen einen geringen Einfluß anf die Kurve geltend, der sich aber von Ansschlägen bei gefühlsbetonten Assoziationen wesentlich unterscheidet. —

Es sollen damit in diesem Znsammenhang nur vorlänfige Andentungen gegeben sein. Jedenfalls können derartige Assoziationsversuche besonders im Hinblick auf das schwierige Problem der Komplexwirkung nur mit einer Expositionsmethode vorgenommen werden,

welche eine beliebige Variation der optischen Reize in jedem Augenblick gestattet und einen persönlichen Einfluß des Untersuchenden auf die Versuchsperson z. B. durch die Art der Aussprache und Betonung von Reizworten völlig ausschließt. Diese Forderungen hoffe ich durch den im Vorstehenden beschriebenen Tasterapparat zur optischen Exposition erfüllt zu haben.

Wenn man dabei die mit sinnfälligen Ausdrucksbewegungen einhergehenden Assoziationen einer weiteren Expertise und möglichst objektiven Analyse unterzieht, wie ich das in einer Reihe von später zu beschreibenden Fällen getan habe, so lassen sich mit der angegebenen Methode Versuche zur Tatbestandsdiagnostik und andere Assoziationsstudien in exaktester Weise anstellen.

Literatur.

Wundt: Grundzüge der Psychologie Bd. III S. 400.

Römer: Beitrag zur Bestimmung zusammengesetzter Reaktionszeiten (Kräpelin, psycholog. Arbeiten Bd. I Heft 4).

Alber: Ein Apparat zur Auslösung optischer Reize (Arch. f. Psychiatrie 38, S. 641).

Aeh: Über die Beeinflussung der Auffassungsfähigkeit durch einige Arzneimittel (Kräpelin, psycholog. Arbeiten).

G. E. Müller und F. Schumann: Experimentelle Beiträge zur Untersuchung des Gedächtnisses (Zeitschr. f. Psychologie Bd. 6, 1894).

G. E. Müller und A. Pilzecker: Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtnis (Zeitschr. f. Psychologie. Ergänzungsband 1, 1900).

Ranschburg: Apparat und Methode zur Untersuchung des (optischen) Gedächtnisses für medizinische und pädagogisch-psychologische Zwecke (Monatschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. X H. 5).

Wirth: Ein neuer Apparat für Gedächtnisversuche mit sprungweise fortschreitender Exposition ruhender Gesichtsobjekte (Wundt, philos. Studien Bd. 18, S. 701).

Watt: Archiv f. Psychologie, Bd. 7, 1—2. Literaturbericht S. 10.

VII.

Aus Dr. Hofmanns Kuranstalt, Bad Nauheim.

Ueber einen „Gefässneurastheniker“

(mit Berücksichtigung der Sommerschen Untersuchungsmethode zur Analyse der Ausdrucksbewegungen)

von Dr. med. **Jul. Hofmann,** Bad Nauheim.

Die ausgezeichnete Methode, welche Sommer zur Analyse der direkten Ausdrucksbewegungen[1]) angegeben hat, ist meines Wissens bisher, abgesehen von psychologischen Instituten, fast ausnahmslos in psychiatrischen Kliniken angewandt worden. Es ist dies sehr zu bedauern, und die folgenden kurzen Zeilen sollen dazu beitragen, nachzuweisen, daß die Sommersche Methode auch eine ausgezeichnete Untersuchungsweise außerhalb von Irren- oder geschlossenen Nervenanstalten ist. Das große Heer der Neurastheniker schickt nur einen ganz verschwindenden Teil in die geschlossenen Anstalten, die andern gehen nur allzu oft als Herzkranke, Magenkranke, Darmleidende von einem Arzt zum anderen, und in diesen Fällen ist nichts so geeignet wie die Sommersche Methode, dem untersuchenden Arzt ein plastisches Bild der Erkrankung zu geben.

Gewiß wird es viel Neurastheniker geben, bei denen eine derartige Untersuchung nicht nötig ist: Der Begriff der Neurasthenie wird ja so unendlich weit gefaßt, daß die Diagnose fast immer richtig ist. Aber haben wir einen Neurastheniker vor uns und wenden wir zur Untersuchung seines Nervensystems die objektive Sommersche Methode an, so wird sehr oft das Resultat unserer Untersuchung für den untersuchenden Arzt einen höchst interessanten Lichtblick bilden: denn tiefer in das Verständnis der krankhaften Erscheinungen einzudringen, ist neben unserer ärztlichen Menschenpflicht doch das Vornehmste in unserm Beruf.

Bei dem Fall, der mir als Beitrag geeignet erscheint, handelt es sich um einen ausgesprochenen Gefäßneurastheniker. Ich lasse zunächst

---

[1]) Vgl. R. Sommer, psychopathologische Untersuchungsmethoden, Seite 93.

einiges folgen, was der Patient mir über sein Leiden vor Beginn seiner Kur aufgeschrieben hat:

„Vorkuren: Seit Juni 1903 häufiger kalte Abreibungen. Juli 1903 fünfwöchiger Aufenthalt an der Nordsee. Einnahme von Eisenpillen, zwischendurch Lebertran mit Phosphor. Juli 1904 vierwöchentlicher Aufenthalt in Bad Pyrmont.

Krankheitserscheinungen.

Nervosität, große Reizbarkeit bei Geräuschen, besonders nach Anfregungen, körperlichen oder geistigen Überanstrengungen und bei großer Wärme; große Unruhe, die leicht Überanstrengungen begünstigt; Zwangsvorstellungen, z. B. bestimmte Melodien oder Phrasen, die sich wochenlang einnisten oder stets wiederkehrende Grübeleien (beides in der Regel nach Überanstrengungen oder sonst bei großer Schwäche); stets wechselnde Stimmungen; — häufige Kopfschmerzen (Augen und Vorderschädel) verbunden mit starkem Kopfdruck und Anschwellung der Nasenschleimhäute.[1])

Schwäche und Herzklopfen, Mangel an körperlicher Ausdauer, mit einer Art Druckgefühl verbundene große Lahmheit der Beine; zeitweise Zittern der Finger, gelegentlich Ohrensausen, bei Regenperioden während der Wintermonate häufig wochenlang eine merkwürdige Art Taubheit; seit einigen Jahren sehr starke Transpiration, ganz besonders der Füße; sehr trockenes Haar und sehr starker Haarausfall; Nasen-Rachen-, und mitunter Bronchialkatarrh; träge Verdauung mit häufigen Blähungen; häufig Flimmern vor den Augen; — Mühsamkeit des Sprechens. Intellektuelle Schwäche, mangelhaftes Gedächtnis, überaus leichte Ermüdung beim Denken, mangelhafte Kraft zu geistiger Konzentration und Vertiefung, nach dem Niederlegen (besonders im Bett) überaus lebhafte Gedankentätigkeit, die Schlaflosigkeit begünstigt. Zusammenhängendes Lesen von Romanen, Novellen und Dramen usw. ruft auch in der Regel Übermüdung und Schlaflosigkeit herbei; abgebrochene Lektüre dagegen, z. B. Lesen im Lexikon, in Wörterbüchern usw. begünstigt eine wohltuende Ermüdung. Musik löst in der Regel lebhafte Gedanken- und Gefühlsreihen aus, die zusammen mit dem Anhören der Musik eine mehr oder weniger große Übermüdung bewirken. Vollständig erschöpfend mit tagelanger Wirkung sind Symphonien (Beethoven) und Wagnersche Opern, besonders durch ihre Einwirkung auf Verstands- und Gefühlsleben; oft ganz wohltuend dagegen leichte Konzerte, Märsche usw.; Possen und Lustspiele üben eine sehr günstige Wirkung aus und ermöglichen in der Regel eine gute Nachtruhe (erklärlich wohl durch

[1]) Vgl. die treffliche Arbeit von R. Cholewa: Herzschwäche und Nasenleiden.

das gründliche Durchkreuzen von Grübeleien und dann wohl durch die eigenartige Massage des Lachens.[1])

Alles dieses wird begünstigt durch eine sehr ausgeprägte Willensschwäche, die es ermöglicht, daß aller Art Eindrücke einen so großen Einfluß haben, und besonders eine zur Selbsterziehung unbedingt notwendige Konzentration und Vertiefung bei geistigen Arbeiten verhindern.

Einen unerklärbaren Einfluß auf das Befinden üben die Temperatur und das Wetter aus. Kälte, besonders naßkaltes Wetter bewirken Schläfrigkeit, Steifheit, Gedankenfaulheit, Pessimismus usw., verbunden mit einem undefinierbaren Gefühl im vorderen Hirn, dem sich nach Anstrengungen, Aufregungen und bei Kopfschmerz ein markanter Kopfdruck zugesellt. —

Wärme, besonders feuchte, dunstige Wärme, hat Nervosität, Lebhaftigkeit, Neigung zur Betätigung und Arbeit, Leichtigkeit in körperlichen Bewegungen, lebhafte geistige Tätigkeit und Energie im Gefolge.

Merkwürdig ist, daß die Begleiterscheinungen des naß-kalten Wetters auch (wenigstens ähnlich), nach einem Bade im Freien (bei ca. 17° Celsius) auftreten, — die der warmen und feuchtwarmen auch (ähnlich) in überheizten Zimmern bei verhältnismäßig zu warmer Kleidung und im Bett.“ —

Als Kind Scharlach und Lungenentzündung. Sonst stets gesund. Keine Lues. Patient hat sich beim Unterricht sehr viel zugemutet. (Patient ist Lehrer.)

Beschwerden: Schlechter Schlaf. Unruhige Träume. Gedächtnisschwäche, keine Ausdauer. Sehr leicht reizbar. Unnötige Sorgen, Angst. — Kopfschmerzen, Schwindelanfälle. Herzklopfen bei Anstrengung und Ruhe. Herzzittern, Herzangst. Patient hält sich für sehr „herzkrank“.

Die objektive Untersuchung des Patienten ergab folgendes:

Die Haut fühlte sich sich kühl an, die Reflexe waren sämtlich erhöht; nervöse Schmerzdruckpunkte waren allenthalben vorhanden. Die Augenreaktionen erwiesen sich als vollständig normal.

Zwei Tage darauf waren die nervösen Symptome dieselben; die Haut war gerötet, warm, feucht; der Puls, der bei der ersten Untersuchung hart anzufühlen war und im Sphygmogramm (Fig. 1) einen spastischen Charakter trug, zeigte eine volle paretische Beschaffenheit (Fig. 2). Vgl. Fig. 5b (Pulskurve) nach Spaziergang (26. V. 06) und Fig. 6b (Pulskurve) (13. VI. 06) bei wesentlichem Besserbefinden. Das Herz zeigte, was die Größe anging, im Röntgenbilde nichts abnormes, nur

[1]) Diese Erklärung der günstigen Einwirkung ist von dem Patienten gegeben.

seine Aktion war ständig gesteigert. Die Töne waren rein, der zweite Pulmonalton etwas klappend und verstärkt. Der Spitzenstoß erscheint verbreitert. Bauchorgane normal, Lunge normal.

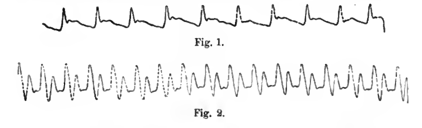


Fig. 1.

Fig. 2.

Aus dem, was der Patient vortrug, und aus dem objektiven Befunde der Untersuchung war nach mehrtägiger Beobachtung die Diagnose Neurasthenie gesichert. Ich ging nun zu der Untersuchung nach der Sommerschen Methode über. Zunächst machte ich bei dem Patienten Fußaufnahmen, wobei der Patient aufgefordert wurde, den Fuß so ruhig wie möglich in möglichst wagrechter Haltung zu halten. Dieser ist durch eine Manschette am Sprunggelenk mit dem Apparat verbunden, welcher die Bewegungen überträgt. Selbstverständlich saß der Patient bei dieser Prozedur in einem bequemen Stuhle. Während der Untersuchung wurde der Patient veranlaßt, die Augen zu schließen. Fig. 3 zeigt nun neben Zittern in allen drei Dimensionen als auffallendstes das starke Fallen des Fußes sowie überaus heftigen Tremor in den andern beiden

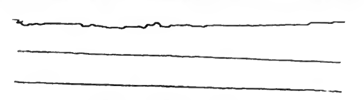


Fig. 4. Normale Haltungskurve.

Dimensionen. Zur Kontrolle habe ich eine Aufnahme beigefügt (Fig. 4), die ich an mir selbst machen ließ. Die nächste Figur (Fig. 5a), welche einige Wochen später n a c h e i n e m S p a z i e r g a n g e aufgenommen worden ist, zeigt nicht nur ein bedeutendes Zurückgehen der Zittererscheinungen im allgemeinen, sondern auch etwas ruhigeres Festhalten des Beines in wagerechter Stellung. Als die letzte Figur (Fig. 6a) aufgenommen wurde, hatte der Patient schon ein ganz anderes äußeres Aussehen. Die Haut fühlte sich normal an, der Puls ist ruhiger geworden und auch das Herz zeigte nicht mehr den verstärkten Aktionstyp (von Criegern) wie bei den ersten Aufnahmen. Die Größe des Herzens (im Röntgenbild)

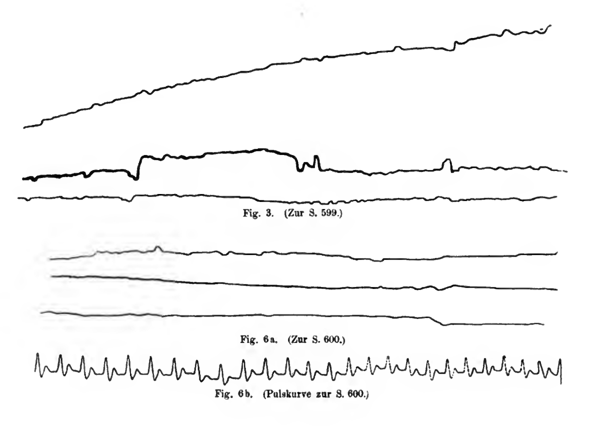


Fig. 3. (Zur S. 599.)

Fig. 6a. (Zur S. 600.)

Fig. 6b. (Pulskurve zur S. 600.)

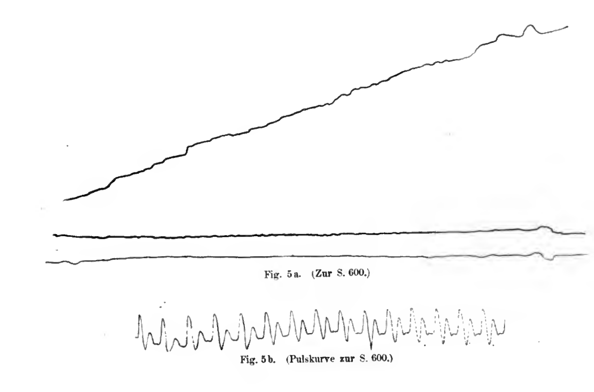


Fig. 5a. (Zur S. 600.)

Fig. 5b. (Pulskurve zur S. 600.)

war dieselbe geblieben, die Verbreiterung des Spitzenstoßes war entschieden zurückgegangen.

Mich über die einzelnen Pulskurven resp. ihrem Hinweis auf das Befinden des Patienten hier des weiteren einzulassen, ist wohl überflüssig. Daß die letzte der vier Pulskurven die normalste ist, ist nicht schwer zu ersehen. Das, worauf es ankommt, ist die starke Veränderung, welche sich in den dreidimensionalen Kurven zeigt. Wir sehen auf der ersten Kurve (Fig. 3) vom 18. Mai nicht nur die deutliche Tendenz, den Fuß fallen zu lassen, sondern auch in den seitlichen Bewegungen und denen von vorn nach hinten einen heftigen Tremor verzeichnet.[1])

Ganz anders ist das Bild in der Aufnahme vom 13. Juni (Fig. 6a). Da finden wir als in die Augen springend in der objektiven Kurve ein viel ruhigeres Bild verzeichnet. Dieser Umstand kommt der normalen Aufnahme (Fig. 4), welche ich beigefügt habe, viel näher. Als äußerst interessant, man möchte sagen als vermittelnde Kurve möchte ich diejenige bezeichnen, welche am 26. Mai aufgenommen wurde nach einem einstündigen Spaziergang. (Fig. 5a.) Wenn auch da die Fallkurve noch immer eine ziemlich starke Tendenz nach unten zeigt, so sind die anderen Dimensionen doch viel ruhiger geworden; dabei ist zu bemerken, daß die Kurve vom 26. Mai nach einem einstündigen Spaziergang aufgenommen worden ist, ein Umstand, der jedenfalls doch nur geeignet sein könnte, stärkere Zittererscheinungen in den Beinen hervorzurufen.

Jedenfalls, um noch einmal auf den Hauptpunkt zurückzukommen, zeigen die beiden ausschlaggebenden Kurven (Fig. 3 und 6a) vom 18. Mai und 13. Juni uns objektiv in dem Ruhigerwerden der Linien des Kurvenbildes ein sehr klares Spiegelbild des psychischen Zustandes des Patienten, der sich während dieser Zeit, die zwischen der Aufnahme dieser beiden Kurven liegt, so wesentlich gebessert hatte.

Die bemerkenswerteste Besserung aber zeigte der Patient in seinem psychischen Verhalten. Als dem Patienten nach der Aufnahme der ersten dreidimensionalen Kurve dieselbe gezeigt wurde, bat er um Erläuterung. Nachdem ihm klar gemacht worden war, welch unbewußte Bewegungen die Kurve registriere, lächelte er wehmütig und sagte: „Ich habe eben gar keine Energie mehr und kann nicht einmal einen Augenblick mein Bein ruhig halten.“ Bei der letzten Aufnahme, als der Patient wesentlich gebessert war, meinte er, das wundere ihn gar nicht,

[1]) Die obigen Kurven (Fig. 3) waren nicht die ersten Kurven, die von dem Patienten aufgenommen wurden. Der Patient sah zunächst zu, als Schreiber dieses seine eigenen Kurven (Fig. 4) an sich aufnehmen ließ und dann wurden an dem Patienten einige Probekurven aufgenommen (17. V.). Am 18. Mai wurden dann die ersten Kurven von dem Patienten angefertigt (Fig. 3). Dies geschah deshalb, damit eine psychisch bedingte Untersuchungsanomalie ausgeschaltet würde. Die Art der Untersuchung war dem Pat. am 18. V. bekannt.

daß heute die Kurve besser sei, er fühle sich ja auch viel wohler und vor allen Dingen kräftiger. Das war jedenfalls auch in psychischer Beziehung der Fall, denn der Patient zeigte schon wieder reges Interesse an seiner Wissenschaft, war imstande, ohne besondere Übermüdung 1 bis $1^1/_2$ Stunden leicht wissenschaftlich zu arbeiten. Der Patient freute sich, daß sein Gedächtnis wieder zugenommen habe, und er hat fast energisch um die Angabe des Zeitpunktes, an welchem er nach Ansicht der Ärzte seine Tätigkeit wieder aufnehmen könne, da er die Kraft in sich spüre, wieder arbeiten zu können.

Die Kur, welche der Patient bei uns durchgemacht hat, bestand in der Anwendung hydrotherapeutischer und elektrotherapeutischer (hie und da ein leichtes Wechselstrombad) Maßnahmen und in Gymnastik, dabei guter und kräftiger Kost, viel frischer Luft; er ging früh ins Bett und früh aus dem Bett. Vor allem aber wirkte der ständige Hinweis, daß er nicht herzkrank sei. Der Patient kam zu uns in der Meinung, daß ein schweres Herzleiden seinen Lebensweg bedrohe. Die Angst, infolge seines Herzleidens ein unbrauchbarer Mensch zu sein, trieb ihn von Arzt zu Arzt. Er war aber gar nicht herzkrank, sondern nur nervös herzleidend, indem er unter einer abnormen Herzempfindung litt. Diese resultierte, unserer Ansicht nach, aus den sich ständig verändernden Gefäßverhältnissen; bald waren es spastische Gefäßzusammenziehungen, die das Herz überwinden mußte, und die bei dem Patienten eine Empfindung verursachten, die er als Herzklopfen, als Herzzittern, als Herzangst bezeichnete. Gefäßparesen hatten denselben Effekt im subjektiven Befinden des Patienten zur Folge. Diese Gefäßalterationen mit in Folge derselben auftretenden Herzalterationen sind aber unserer Ansicht nach weiter nichts, als eine Folgeerscheinung schwerer Neurasthenie.

Wir möchten einen derartigen Fall nicht so auffassen, daß die Neurasthenie die Folge der Blutgefäßstörung ist, wohl aber ist anzunehmen, daß durch die Gefäßalterationen im Sinne von neuen Reizen ein Circulus vitiosus geschlossen wird, indem dieselben wiederum reizauslösend auf das schon so erregte Nervensystem wirken. Läßt man sich bei derartigen Patienten noch verleiten, durch die übermäßige Aktion des Herzens ohne ganz stichhaltige Gründe, die nicht genau genug abgewogen werden können, eine Herzmuskelschwäche zu diagnostizieren, so wird der Erfolg dieser Diagnose der sein, daß der Patient verzweifelt; und dann werden die Gefäßalterationen häufiger und häufiger auftreten, es werden zu diesem körperlichen Unbehagen Störungen psychischer Art treten, wie Schlaflosigkeit, permanente Unruhe, Angst.

Wir sind überzeugt, daß aus derartigen Gefäßneurasthenikern Herzkranke werden können, und zwar sehr leicht durch eine falsche

Diagnose, funktionell Herzkranke, die dann die Zahl der schwer suicidalen Melancholiker vergrößern. Deshalb ist es die erste Pflicht bei derartigen Patienten, sie durch vorsichtige Gymnastik, immer länger dauernde Spaziergänge und Anstrengungen, die natürlich sehr vorsichtig dosiert werden müssen, zu überzengen, daß ihr Herz gesund ist. An der Hand seiner Leistungen muß man ihm klar machen, daß er kein verlorener Mensch ist. Selbstverständlich üben andere Faktoren, kräftiges Essen, viel frische Luft, Ruhe, Fernhalten von Aufregungen und vor allem die psychische Einwirkung des behandelnden Arztes einen wesentlichen Einfluß auf den Kurerfolg aus. So ist es z. B. falsch, solche Patienten immer zu größter Vorsicht in bezug auf ihre Leistungen und auf gewisse Genüsse zu ermahnen; denn sehr oft steckt die Furcht vor dem Herzleiden so fest in den Patienten, daß sie bei jedem Verbot eine Verheimlichung ihres schweren Herzleidens wittern.

So fragte mich der Patient, den ich eben besprochen habe, bei seiner Entlassung, ob er wohl hier und da ein Glas Bier trinken dürfe. Als ich ihm dasselbe zugestand, leuchtete sein Gesicht auf und er verließ mich mit den Worten: „Nun weiß ich auch, daß ich gesund bin, denn sonst würden Sie mir das Bier vollständig verboten haben.“ Hätte ich dem Patienten das harmlose Vergnügen, hier und da ein Glas Bier zu trinken, untersagt, so bin ich sicher, daß sich sofort hypochondrische Zwangsideen seiner wieder bemächtigt hätten, und die ganze Kur, die von vorzüglichem Erfolge begleitet war und noch begleitet ist, wäre nutzlos gewesen.

Selbstverständlich soll damit nicht ein Wort für den Alkoholgebrauch in solchen Fällen angelegt werden, auch nicht gesagt sein, daß man derartigen Patienten gar keine Verhaltungsmaßregeln mitgeben soll, aber um es nochmals zu wiederholen: es muß streng vermieden werden, dieselben derartig anzufassen, daß der Patient daraus einen Rückschluß auf ein Herzleiden seinerseits machen könnte.

1.

Ueber nervöse und psychische Erkrankungen nach Betriebsunfällen.

Von Dr. R. Götze, Nervenarzt in Leipzig-Naunhof.

Vier Fälle von Armverletzung mit Nervenstörungen.

In meiner Veröffentlichung „Über Nervenkranke und Nervenheilstätten“ (C. Marhold, Halle 1907) habe ich vier Fälle von Gelenkerkrankungen mit Muskelatrophien bzw. -kontrakturen infolge von Betriebsunfall aufgeführt. Diese vier Fälle sollen in der vorliegenden Arbeit vergleichend analysiert und in einer zweiten Arbeit mit vier anderen Fällen in Beziehung gesetzt werden, die in der genannten Veröffentlichung unter Hysterie aufgeführt worden sind. Im Laufe unserer Untersuchung wird es darauf ankommen, in jedem dieser Fälle einen genauen pathologischen Befund aufzunehmen, den anatomischen Anteil der Erkrankung diagnostisch von dem etwa vorhandenen psychogenen zu sondern und die praktisch-medizinischen Folgerungen daraus zu ziehen.

Fall I.

Der 35 Jahre alte Buchbinder O. Z. erlitt im Februar 1901 durch eine gewaltsame Bewegung im Schultergelenk einen Unfall. Er konnte bald wieder arbeiten; nach mehreren Wochen stellten sich jedoch heftige Schmerzen ein, welche dazu führten, daß sich die Berufsgenossenschaft mit dem Falle beschäftigen mußte, der zunächst als Betriebsunfall gar nicht gemeldet war. Patient stand von der zwölften Woche an in meiner Behandlung, und ich hatte auf Anfrage der Berufsgenossenschaft (die Fragen ergeben sich aus den Antworten) später folgendes zu erwidern.

1. Z. hat vom 24. April bis 5. Juli 1901 in meiner Behandlung gestanden.

2. Diagnose: Neuritis plexus brachialis. Wegen „Neurasthenie“, wie es in der Anfrage heißt, ist Patient überhaupt nicht behandelt worden. Er ist seitens der Ortskrankenkasse mehrere Wochen im Genesungsheim F. gewesen und war während der Behandlung durch mich nicht mehr und nicht weniger neurasthenisch als viele andere für gesund Geltende. Dagegen hatte er eine lokalisierte Neuritis ausgesprochener und seltener Art. Die Bewegungen des Oberarms im Schultergelenk waren aktiv möglich, Patient hatte aber besonders bei

Hebung der Schulter und Drehung des gestreckten Armes nach hinten und unten heftige Schmerzen. Über der Schulter bestand eine bedeutende Herabsetzung der Hautempfindlichkeit. Besonders auffällig war die Aufhebung der Empfindung für Wärme- und Kältereize. Während der Behandlung stellte sich etwa drei Monate nach dem Unfall noch eine erhebliche Atrophierung der Clavicularportion des m. pectoralis maior ein. Fibrilläre Zuckungen konnten an den atrophierten Muskelbündeln beobachtet werden. Die elektrische Erregbarkeit war qualitativ schwach verändert. Die Streckmuskulatur des Oberarms (m. triceps) hatte die normale Spannung verloren und fühlte sich schlaff und weich an. Sie war etwas atrophisch und ist es auch noch jetzt, so daß der Oberarmumfang um etwa 1 cm gegen die andere Seite verringert ist. Die elektrische Erregbarkeit des m. triceps zeigte aber keine Entartungsreaktion und war nur quantitativ verändert.

3. Wegen dieser Symptome mußte man daran denken, ob es sich nicht um eine krankhafte Veränderung im Halsmark (Syringomyelie) handeln könne, die sehr langsam fortzuschreiten pflegt und bei der es schwer zu entscheiden gewesen wäre, inwieweit sie mit dem Unfall zusammenhinge. Jedoch zeigte sich andrerseits eine zweifellose Tendenz zur Besserung, und ich entließ deshalb Z. versuchsweise zur Arbeit, gab ihm aber auf, in einer mir befreundeten Poliklinik sich von Zeit zu Zeit vorzustellen. Dort ist er auch bis heute weiter elektrisch behandelt worden.

4. Z. ist also am 5. Juli nicht als völlig geheilt zur Arbeit entlassen worden.

5. Durch die inzwischen fortgeschrittene Bewegungsfähigkeit des rechten Armes im Schultergelenk und den weiteren Nachlaß der Schmerzen und Atrophien ist es erwiesen, daß es sich nicht um eine Halsmarkerkrankung, sondern um eine teilweise noch bestehende Veränderung peripherer Nerven gehandelt hat. Nach dem anatomischen Befund sind hauptsächlich betroffen: der V. Cervicalnerv des plexus brachialis, und zwar die nn. suprascapulares, die die Schulter mit sensiblen Hautästen versorgen und die nn. thoracici anter., die den m. pectoralis maj. innervieren; sowie der n. radialis des VI. Cervicalnerven, der den m. triceps innerviert. Solche Neuritiden sind entweder infektiöser oder traumatischer Natur. Daß in unserm Falle eine traumatische Ursache vorliegt, ist nach dem vorausgegangenen Unfalle nicht zweifelhaft. Dieser fand an einer Kniehebelpresse statt. Ihre Abbildung zeigt, daß der $1\frac{1}{2}$ m lange Hebel, da er einen viel größeren Kreisbogen als der Arm im Schultergelenk beschreibt, beim Niedersausen nach hinten, wie das beim Unfall geschehen ist, den gestreckten Arm gewaltsam nach hinten und abwärts drehen und den ganzen Mann mitreißen mußte. Solche Neuritiden nehmen in der Regel einen günstigen Verlauf in mehreren Monaten, wie sie sich auch erst allmählich entwickeln können, wodurch die verspätete Meldung der Erkrankung als Unfallfolge erklärlich wird. Daher ist es nicht verwunderlich, daß Prof. E. im Oktober 1901 von den neuritischen Symptomen nach ihrer Rückbildung wenig mehr bemerken konnte. Jedoch ist ihm darin zu widersprechen, daß „die geringe Atrophie des Oberarms“ auf sogenannter Inaktivitätsatrophie infolge der Ruhestellung des Gliedes beruhen soll. Dann müßte diese wenigstens eine solche sein, an der alle Muskeln des Oberarms teilnehmen, während nur eben die Streckmuskulatur noch immer schlaffer und schwächer ist. Zudem ist die Atrophie auch des m. pectoralis noch heute für jedermann deutlich zu konstatieren, nicht nur für das ärztliche Auge.

Als ich diese gutachtliche Äußerung 1901 abgab, schien mir dieser Fall dadurch eindeutig erklärt zu sein. Später, als ich die reflekto-

rischen Atrophien nach Gelenkverletzungen besser kennen gelernt hatte, habe ich die beschriebene Erkrankung nicht mehr so einfach interpretiert, doch kann dieser zweite Erklärungsversuch erst nach Besprechung unseres zweiten und dritten Falles mit Nutzen erörtert werden. Hier sei nur noch hinzugefügt, daß Z. niemals irgendwelche psychisch-nervösen Erscheinungen dargeboten hat.

Fall II.

Der 1865 geborene Eisendreher A. K., 1892 durch Unfall an der Eisendrehbank verletzt, hat seitdem bis 1895 eine Rente von 30 % bezogen. Er geriet mit der linken Hand zwischen den Durchstichstahl und die Riemenscheibe, so daß ihm auf dem Handrücken mehrere Sehnen durchgeschnitten wurden. Auch die Mittelhandknochen wurden verletzt. Er verlor dabei nicht nur nicht das Bewußtsein, sondern hatte selbst die Geistesgegenwart, seine Maschine sofort „auszurücken". Als Folge des Unfalls hat er in der Mitte des linken Handrückens eine tiefgehende Narbe, die sich strahlenförmig, ulnarwärts nach dem kleinen Fingerballen und nach dem vierten Finger, radialwärts nach dem Zeigefinger, rückwärts bis zur Mitte des Handgelenks fortsetzt. Die letzte Ausstrahlung soll von der Operation herrühren. Der Daumen ist in seiner Bewegung frei. Das erste Glied des kleinen Fingers ist fast unbeweglich, die ersten Glieder des vierten, dritten und zweiten Fingers lassen sich zusammen nur bis 45° aktiv beugen. Gebessert hat sich die Beugefähigkeit des Zeigefingers, mit dem allein ein aktiver Druck auf die Handfläche möglich geworden ist. Mit dem dritten, vierten und fünften Finger ist jede aktive Berührung der Handfläche unmöglich. Patient beklagt sich über ziehende Schmerzen im Unterarm, ohne die Beschwerden lokalisieren zu können.

Der Verletzte erhielt von 1895 bis 1900 noch 20 % Entschädigung, von 1900 an sollte er laut schiedsgerichtlicher Entscheidung nur noch 10 % erhalten. Für das Reichsversicherungsamt gab ich daher folgendes Gutachten ab, dem es auch gefolgt ist.

In dem Antrag der Berufsgenossenschaft auf völligen Wegfall der Rente wird gesagt, daß die gehörten Gutachter übereinstimmend die kräftige Muskulatur der linken Hand und des linken Vorderarms sowie die schwielige Beschaffenheit der Greiffläche der linken Hand bezeugen. Was der Hinweis auf die schwielige Beschaffenheit der Hohlhand in diesem Zusammenhang bedeuten soll, ist unverständlich, denn diese Schwieligkeit, die dem gewöhnlichen Zustand jeder Arbeiterhand entspricht, fällt überhaupt gar nicht ins Gewicht gegenüber der einfach sichtbaren Tatsache, daß K. die Hand nicht schließen kann. Er kann nur höchstens mit dem Zeigefinger den Handteller berühren, und hierin hat sich, wie er zugibt, der Unfallszustand seit 1892 gebessert, aber auch nur darin; und dies ist schon bis 1895 der Fall gewesen, kann also für die Herabsetzung von 20 % auf 10 % jetzt nicht in Frage kommen. Dagegen ist Patient keineswegs imstande, den dritten, vierten und fünften Finger zur Faust zu schließen, was seine Arbeits-

fähigkeit als Schlosser doch gewiß ganz erheblich beeinträchtigt. Die Begründung der Berufsgenossenschaft gibt auch an, daß von Muskelschwund nicht die Rede sei. Dies bezieht sich auf die Angabe des Reklamanten in seiner Berufungsschrift vom November 1900, daß „der durch Unfall eingetretene Muskelschwund“ gar nicht in Betracht gezogen worden sei. Patient ist der Meinung, daß sein linker Arm nicht mehr so kräftig sei wie vorher, sowohl bezüglich seines Umfanges wie bezüglich seiner Funktion. Dies trifft für den Vorderarm nicht zu, denn dessen Muskulatur ist rechts wie links ganz gleich entwickelt. Es trifft aber zu für den Oberarm: die Messung desselben hat offenbar bisher nicht stattgefunden, während sie ausschlaggebend zu sein scheint. Die Maße sind, der Reihe nach über dem Biceps bei vollkommener Beugung, halber Beugung und Streckung des Armes genommen, folgende:

1. rechts 34 cm, links 33 cm,
2. „ 33 „ , „ 32 „ ,
3. „ $28^1/_2$ „ , „ $27^1/_2$ „ .

Die Messungen sind wiederholt und eher zu Ungunsten des Patienten ausgeführt worden. Der Maßbefund stimmt überein mit der Palpation. Dieselbe ergibt links eine weiche und schlaffe Oberarmmuskulatur. Der Einwand, der gemacht werden könnte, daß schon vor dem Unfall der linke Arm schwächer als der rechte gewesen sei, widerlegt sich durch die gerade auch von der Berufsgenossenschaft angeführte Tatsache, daß beide Vorderarme noch jetzt gleich gut entwickelt sind. Daraus ist zu schließen, daß nicht ein Zurückgebliebensein der linken Seite gegen rechts vorliegt, sondern eine Abnahme der linken Oberarmmuskulatur infolge des Unfalls.

Dieser bisher nicht berücksichtigte Umstand gibt den Ausschlag dahin, daß dem Patienten noch jetzt ganz zweifellos 20% Entschädigung zuzubilligen sein werden. Bei den Anforderungen, die seine Tätigkeit als Eisendreher an seine Armmuskulatur stellt, kann auch von einer Gewöhnung an den mangelhaften Zustand seiner linken Hand und seines linken Oberarms im Sinne einer vermehrten Arbeitsfähigkeit nicht die Rede sein.

Träfen nicht Umstände zu, die den Verletzten zurzeit erwerbsfähiger erscheinen lassen, als er schlechthin nach dem ärztlichen Befunde beurteilt werden muß, so würde seine jetzige Erwerbsunfähigkeit höher als 20%, etwa auf 30%, anzuschlagen sein. Sein Zustand ist als dauernd zu bezeichnen.

Das Reichsversicherungsamt entschied gemäß diesem Gutachten und setzte die Rente auf 20% fest.

Seit dem Unfall beklagt sich K. über Kopfschmerzen. Sie konnten nicht als psychogen angesprochen werden. Auch Alkoholismus lag bei dem Patienten nicht vor. Er machte den Eindruck eines geistig normalen und fleißigen Arbeiters. Zu Ostern 1906 verfiel er ziemlich plötzlich in einen tobsuchtähnlichen Zustand, kam in die psychiatrische Klinik und von dort in die Heilanstalt D. Von Mitte 1906 bis März 1907 war er außerhalb der Anstalt, konnte aber nicht arbeiten. Um diese Zeit bekam er eine zweite Bewußtseinsstörung und lebt seitdem wieder in der Anstalt. Seine Pupillenlichtreflexe sind fast aufgehoben, die Patellarreflexe schwach, so daß man ihn als Paralytiker anzusehen hat. Die Entwicklung der Paralyse seit 1906 hat natürlich nicht das Mindeste mit dem Unfall von 1892 zu tun; ich erwähne die Fortsetzung

seiner Krankengeschichte nur deshalb, weil die Verfolgung des weiteren Lebens eines Nervenkranken stets von hohem Interesse ist und grundsätzlich nie verabsäumt werden sollte.

Fall III.

Der 1844 geborene Bohrer E. M. erlitt am 25. Februar 1896 einen Unfall, wobei ihm die Kuppe des dritten Gliedes des Mittelfingers der rechten Hand abgequetscht wurde. Die Wunde heilte in sechs Wochen. Nach acht Wochen nahm er seine Arbeit wieder auf, arbeitete aber zur Schonung an einer Fräsemaschine, wobei der dritte Finger nicht benutzt zu werden brauchte. Der Finger war noch empfindlich. Allmählich entwickelten sich ziehende Schmerzen im Arme, *ja der ganze Körper schien in Mitleidenschaft gezogen zu werden. Dabei hatte M. Angst, „er wußte selbst nicht warum“.* Nun begann das Herumgeschicktwerden bei den Ärzten: von dem Kassenarzt kam er zur Begutachtung zu Prof. H., dann in die Poliklinik des Dr. W., später durch die Berufsgenossenschaft zum Chirurgen Dr. B. Dieser nahm in der 15. Woche nach dem Unfall die Amputation des verletzten Gliedes vor. Nach der Operation wurde es besser, und Patient hatte nur noch eine unangenehme Empfindung im rechten Unterarm. Nunmehr arbeitete er ein reichliches Jahr. Ende 1897 mußte er sich aber wegen heftiger Schmerzen wiederum beim Arzte melden, versuchte jedoch, weiter zu arbeiten. Mitte 1898 aber sah er sich endlich wegen zunehmender Schmerzen gezwungen, die Arbeit aufzugeben. Nach Beendigung der hauptsächlich elektrischen Behandlung wurde ihm Ende 1898 durch das Gutachten des Prof. H. nur noch 10% bewilligt. Gegen Ende 1899 habe ich auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft folgendes Gutachten abgegeben:

Patient gibt an, bis zum 25. Februar 1896 ein völlig gesunder und arbeitsfähiger Mann gewesen zu sein. An diesem Tage traf ihn im Maschinenfabrikbetriebe U. & L. ein Unfall. Er war damit beschäftigt, eine Dampfwinde vom Arbeitsplatze zu schaffen. Diese Dampfwinde hing an der sogenannten Katze und sollte auf den Erdboden herabgelassen werden. Sie kam aber unrichtigerweise auf eine Kante zu stehen, mußte nun in dieser Stellung mit größter Anstrengung erhalten und langsam niedergelassen werden. Dies geschah jedoch durch einen plötzlichen Ruck, wobei besonders der rechte Arm des M. durch die schwere Last der Dampfwinde im Ellenbogengelenke gewaltsam gestreckt wurde. Dabei fuhr ihm auch noch der Kettenhaken der Katze in das lezte Glied des Mittelfingers und quetschte dasselbe gegen die Querstange der Winde. Die Wunde heilte normal und M. konnte wieder arbeiten. Im Oktober 1898 kam Patient in meine Beobachtung. Ich behandelte ihn galvanisch, was ihm guttat, ohne doch die Beschwerden dauernd zu heben. Damals ging es um die Frage, ob die ihm gewährte Rente von 10% weiter bewilligt werden sollte. Am Finger konnte man, abgesehen von der Narbe, nichts Pathologisches feststellen. Diese war auch weiter nicht empfindlich. Im rechten Ellenbogen war über dem condylus internus bei

supiniertem und etwas gebeugtem Vorderarm eine zirkumskripte Stelle besonders schmerzhaft, und der Vorderarm war nicht bis zu 180° streckbar.

Im August 1899 stellte Patient sich mir wieder vor. Er hatte in einer Holzbearbeitungsmaschinenfabrik nach Möglichkeit gearbeitet. Schwere Arbeit wie früher kann er nach seiner Angabe nicht mehr verrichten. Da nach Mitteilung der Berufsgenossenschaft die ihm 1896 zuerkannte Rente von 10% nunmehr in Wegfall kommen soll, ist zuzusehen, ob noch eine positive Grundlage für die dauernden Beschwerden vorliegt. M. wurde im August und September gründlich untersucht, und hierbei ergab sich folgender Befund:

1. Der rechte Arm ist sichtbar schwächer als der linke, und zwar sowohl der Unterarm als der Oberarm. Der größte Umfang der Oberarme beträgt:

links 30,5, rechts 28,7 cm,

der größte Umfang der Unterarme:

links 27,4, rechts 26,5 cm.

2. Die Streckbarkeit der Unterarme beträgt:

links 180°, rechts 180°—22°.

3. Am rechten Arm ist ein Schmerzpunkt zu konstatieren, etwa 2 cm oberhalb des condylus internus bei supiniertem und etwas gebeugtem Vorderarm. Dieser Schmerzpunkt ist nicht auf einen Nerven, sondern auf das Gelenk zu beziehen. Hieraus muß die Diagnose gestellt werden: chronisch-pathologischer Prozeß des rechten Ellenbogengelenkes mit Schrumpfung der Kapsel.

Es ist klar, daß ein Schlosser mit solchem Arm keine vollgültige Arbeit leisten kann und unzweifelhaft, daß die Arbeitsunfähigkeit des M. nicht weniger als 10% sondern erheblich mehr beträgt. Es kommt jedoch hier darauf an, ob dieser Zustand Folge des Unfalls von 1896 ist.

Die bisherige Betrachtung des Falles geht immer nur von der verletzten Fingerkuppe aus und schließt, daß, da diese Verletzung gut geheilt ist, auch die Folgen des Unfall erledigt sein müssen. Diese Betrachtung läßt beiseite, daß der Unfall erst sekundär in der Abquetschung der Fingerkuppe bestanden hat, zunächst aber in einer gewaltsamen Streckung des rechten Armes. Daß von der verletzten Fingerkuppe oder von der Operationsnarbe aus ein aufsteigender entzündlicher Nervenprozeß stattgefunden hat, wie mehrere Gutachter annehmen, ist sehr unwahrscheinlich, aber eine hieran haftende Betrachtungsweise muß darauf zukommen, ein allmähliches völliges Verschwinden neuritischer Beschwerden zu erwarten. Ganz anders stellt sich die Sache dar, wenn man die gewaltsame Streckung des Armes, die deutliche Atrophie desselben, die vorhandene Kontraktur des Vorderarms in Beugestellung und die Schmerzhaftigkeit des Ellenbogengelenks beachtet.

Nach diesem Befunde gebe ich mein Gutachten dahin ab, daß bei dem Unfall von 1896 nicht bloß eine Abquetschung der Fingerkuppe des rechten Mittelfingers, sondern auch eine Verletzung des Ellenbogengelenks stattgefunden hat, als deren Folgen die drei Befundstatsachen: Atrophie des rechten Arms um mindestens 2 cm im Umfang, mangelnde Streckbarkeit des Vorderarms um 22° und Schmerzhaftigkeit des oben beschriebenen Punktes über dem Ellenbogengelenk betrachtet werden müssen. M. ist infolgedessen

1. um 10% Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt,
2. darüber hinaus noch mindestens um 20% arbeitsunfähig.

Die Entscheidung des Schiedsgerichts erfolgte demgemäß und wurde rechtskräftig.

Im Jahre 1900 war M. wieder arbeitsunfähig und wurde von mir deshalb wieder untersucht. Auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft äußerte ich mich gegen Ende der Behandlung folgendermaßen:

M. wird von nächster Woche ab für leichtere Arbeit wieder arbeitsfähig sein. Voraussichtlich wird aber sein Zustand öfter zur Arbeitsunfähigkeit führen. Für seine Berufstätigkeit als Maschinenschlosser ist er meiner Ansicht nach jetzt mindestens 50% erwerbsunfähig und wird es voraussichtlich auch bleiben, da die pathologische Veränderung des Ellenbogengelenkes durchaus chronisch und stationär ist.

Inzwischen wurde M. wiederum von einem Chirurgen untersucht, der die Veränderung im Ellenbogengelenk und die Atrophie des Armes mangels jeder anamnestischen chirurgisch nachweisbaren Verletzung des Gelenkes lediglich auf die Ruhestellung des Gelenkes während und nach dem Unfall und eine dadurch bedingte „Inaktivitätsatrophie“ zurückführen wollte. Demgegenüber habe ich in einem dritten Gutachten vom Mai 1901 betont:

daß die chronischen Veränderungen des Ellenbogengelenkes einschließlich der Gelenkkapsel und die Atrophie besonders des Oberarms um 2 cm von dem überstreckten Ellenbogengelenk aus auf indirektem, durch die nervösen Elemente vermitteltem Wege allmählich stattgefunden haben. Eine Besserung des Zustandes sei nach aller Erfahrung ausgeschlossen, ebenso aller Wahrscheinlichkeit nach eine weitere Verschlimmerung. M. sei also nach wie vor um 50% geschädigt.

Während man dem Verletzten im Jahre 1899 eine Entschädigung von 10% entziehen wollte, hat man ihm nach vollständiger Klarstellung aller Umstände im Jahre 1901 eine solche von 50% zugesprochen.

Dieser lehrreiche Fall ist typisch für eine nach traumatischer Irritation eines Gelenkes reflektorisch entstandene Muskelatrophie, kombiniert mit Kontrakturerscheinungen.

Diese Erkrankungen sind in maßgebenden deutschen Lehrbüchern (Strümpell, Möbius, Goldscheider) so gut wie gar nicht behandelt, weshalb ihre Pathogenese und Diagnostik fast unbekannt zu sein scheint. Wir haben aber an der praktischen Behandlung unserer drei Fälle zur Genüge gesehen, wie notwendig ihre Erkenntnis ist.

Schon 1839 hat J. Hunter auf sie aufmerksam gemacht. Seine Befunde wurden durch französische und englische Forscher bestätigt, z. B. 1869 durch A. Ollivier, 1877 durch J. Paget, 1881 durch Guyon et Féré. Charcot hat ihr in seinen „leçons sur les maladies du système nerveux. Tome troisième“ [1]) die zweite Vorlesung gewidmet.

Dort heißt es:

S. 23 der deutschen Übersetzung:

[1]) Deutsch von S. Freud unter dem Titel: „Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie“. Leipzig und Wien 1886.

„Man weiß heute durch zahlreiche Forschungen, daß eine atrophische Lähmung, welche die Streckmuskeln allein (oder wenigstens hauptsächlich) befällt, häufig als Komplikation mannigfacher spontaner oder traumatischer Gelenkerkrankungen auftritt. Diese Atrophie, welche sich als eine einfache ohne entzündlichen Charakter darstellt, tritt sehr rasch ein; sie ist in 20 % der Fälle nach acht Tagen, bei 44 % nach Verlauf von 14 Tagen ausgebildet."

S. 24—25:

„Eine einfache bald ausheilende Verrenkung, eine einfache nicht entzündliche, nicht schmerzhafte Hydarthrose, eine ganz leichte traumatische Affektion des Gelenks können dieselben Folgen nach sich ziehen wie die mit großer Intensität auftretenden Gelenkleiden spontaner oder traumatischer Natur. Es gibt keine feste Beziehung zwischen der Intensität der Gelenkaffektion und der Intensität der atrophischen und paralytischen Symptome."

S. 26:

„Es kann keine tiefgehende Veränderung der Vorderhornzellen vorliegen, denn die Folgen einer solchen sind, wie uns durch die Kinderlähmung bekannt ist, ganz andere. Es kommt dann zur Entwicklung der Entartungsreaktion, nämlich Erhöhung der galvanischen bei Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit, wenigstens solange die Affektion nicht weit vorgeschritten und der Muskel nicht gänzlich zerstört ist. In letzterem Falle sind beide Arten der elektrischen Erregbarkeit erloschen. Eine Wiederherstellung derselben ist so gut wie unmöglich. Sie sehen, wie im Gegenteil in unserm Falle die elektrische Erregbarkeit sich bei geeigneter Behandlung herzustellen beginnt. Es könnte sich also hier nur um eine Art von Funktionseinstellung, einen Stupor der zelligen Elemente handeln."

S. 28—29:

„Man darf auch nicht vergessen, daß Lähmung und Atrophie nicht die einzigen sekundären Symptome sind, die sich an eine Gelenkerkrankung knüpfen können. Diese Gruppe von Tatsachen umfaßt noch kompliziertere Formen. Gewisse Gelenkentzündungen oder traumatische Gelenkaffektionen führen durch reflektorische Wirkungen zu einer Kontraktur, die sich auf die Muskeln des betreffenden Gelenks beschränkt oder sich auf das ganze Glied ausbreitet. Solche Fälle kommen sogar sehr häufig vor, und man weiß, daß mitunter die Flexoren das Übergewicht über die Extensoren erlangen, so daß das Gelenk in Beugestellung fixiert wird. In andern Fällen kombinieren sich Atrophie und Kontraktur."

Unser Fall III ist ein vollständig ausgebildeter. Es ist alles vorhanden: Parese, Atrophie sowohl der Strecker als der Beuger, Kontraktur der Beuger, Schrumpfung der Gelenkkapsel. Die Atrophie hat sogar den Unterarm ergriffen. Diese Erkrankung betraf einen älteren, erfahrenen und äußerst ruhigen Mann. Dieser verlor dadurch einen erheblichen Teil seiner Erwerbsfähigkeit als Maschinenschlosser und machte die Erfahrung, daß erst nach Jahren die vorhandene Kontraktur und Muskelatrophie festgestellt und anerkannt wurde. Diese war deshalb lange unbeachtet geblieben, weil die Untersucher den Unfallvorgang im einzelnen sich nicht klar gemacht hatten und immer nur von der Verletzung der Fingerkuppe ausgegangen waren. So hatten sich, als der Mann trotz besten Willens zur Arbeit eine Verschlimmerung seines Zustandes wahrnahm, psychogene Erscheinungen hinzugesellt, die aber sofort nachließen, als die zunehmenden Beschwerden des Verletzten ihre

natürliche Erklärung fanden und er eine seinem Zustand entsprechende Entschädigung erhielt.

Auch im Fall II ist die Beurteilung dadurch eine schiefe geworden, daß die Beobachter an der unmittelbar verletzten Körperstelle haften geblieben sind und eine räumlich davon getrennte Veränderung nicht konstatiert haben. In diesem Falle waren zwischen Unfall und meiner Untersuchung neun Jahre verflossen. Trotzdem ist es mir nicht zweifelhaft, daß die von dem Verletzten seit dem Unfall deutlich bemerkte Schwächung des Oberarms ursächlich mit dem Unfall zusammenhängt, und zwar wie in Fall III durch eine Irritation des Ellenbogengelenks verursacht ist.

Charcot teilt in dem zitierten Aufsatz mit, daß meist nur die Strecker des betreffenden Gelenkes atrophieren, versucht aber dafür keine Erklärung. Sollte sie nicht einfach darin gegeben sein, *daß diejenigen Muskeln atrophisch werden, die während des affizierenden Vorganges in eine gewaltsame Überaktion geraten?* Wenigstens ist in unserm Fall III eine derartige Überbewegung vorausgegangen. Eine solche wird auch viel eher bei Extension der Glieder stattfinden, da aus natürlichen Gründen eine Überbeugung der gegeneinandergeführten Glieder viel weniger möglich erscheint.

In dem Falle III ist eine solche gewaltsame Streckung einwandfrei nachgewiesen, und auch im Falle II ist es sehr wahrscheinlich, daß bei der Verletzung eine heftige Reaktionsbewegung im Ellenbogen stattgefunden hat. Übrigens konnte hier ein besonderes Betroffensein der Strecker nicht mehr nachgewiesen werden und erschien die ganze Oberarmmuskulatur nur deutlich schlaffer als die der gesunden Seite. Dagegen trat in Fall I in ausgeprägter Form eine isolierte Hypotonie des Triceps ein bei vollständiger Schmerzlosigkeit der Bewegung im Ellenbogengelenk. Mir ist es daher wahrscheinlich geworden, daß in diesem Falle eine seltene Kombination von Neuritis des fünften Cervicalnerven mit einer reflektorischen Parese und Atrophie des Triceps infolge von gleichzeitiger Affektion des Ellenbogengelenkes vorliegt. Daß bei der heftigen Drehung des Armes im Schultergelenk auch eine Streckung desselben stattgefunden haben muß, geht aus der Genese des Unfalls ohne Zweifel hervor. Somit nehme ich an, daß dabei eine direkte Verletzung des n. radialis nicht stattgefunden hat. Daß es sich vielmehr um zwei getrennte Prozesse handelt, wird durch das zeitliche Auseinanderliegen der Atrophie des Triceps und der Atrophie des pectoralis noch wahrscheinlicher. Wie schon erwähnt, trat die Atrophie des pectoralis erst drei Monate nach dem Unfall ein, während die Atrophie des Triceps schon lange vorher bestanden hatte.

Diese reflektorischen Atrophien nach Gelenkaffektionen werden

gewöhnlich als „*Inaktivitätsatrophien*“ angesprochen. Jedoch entsteht durch Ruhigstellung eines gesunden Gliedes oder durch Einschränkung seiner Funktion niemals eine Atrophie mit Parese und Hypotonie, sondern höchstens eine gewöhnliche Abmagerung der Muskulatur. Der nichts- oder wenigsagende Ausdruck „Inaktivitätsatrophie“ ist daher möglichst zu vermeiden, denn er spiegelt ein Verständnis vor, wo keines vorhanden ist.

Das Ergebnis unserer drei Fälle wird noch präziser hervortreten, wenn wir ihnen unsern vierten Fall gegenüberstellen.

Fall IV.

Die 1876 geborene Prägerin L. Sch. hat 1896 dadurch einen schweren Unfall erlitten, daß sie in der Kunstdruckanstalt E. und Sch. mit der rechten Hand und dem rechten Unterarm in die „Blitz“-Prägemaschine kam. Beim Einlegen und Feststecken der zu prägenden Karte erfaßte der die Matrize enthaltende Deckel ihre Hand und zog sie mit nach hinten, so daß der niedergehende Druckstempel den ganzen Unterarm bis zum Ellenbogengelenk einquetschte. Nur durch die Geistesgegenwart einer Mitarbeiterin, die die Maschinentransmission sofort unterbrach, wurde die vollständige Zerquetschung des Vorderarmes verhindert. Der Daumen und Daumenballen sowie der dazu gehörige Mittelhandknochen waren vollständig verloren, das Handgelenk war erheblich gepreßt und eine bis zum Ellenbogen reichende, tiefgehende offene Fleischwunde an der Außenseite des pronierten Vorderarms entstanden. *Während des Unfalls hatte Patientin das Bewußtsein keinen Augenblick verloren.* Der Daumen und Daumenballen samt dem dazugehörigen Metakarpalknochen wurden amputiert, die zerfetzten Haut- und zerquetschten Muskelteile entfernt, die etwa verletzten Sehnen genäht und später an Stelle der verlorenen Hautdecke Streifen eigener Oberschenkelhaut auf die Wunde transplantiert. Diese Operation ist augenscheinlich mit Meisterschaft ausgeführt worden, so daß der Verletzten alles erhalten blieb, was nur irgend möglich war. Die Wunde heilte vorzüglich, und der operative Endzustand ist folgender.

An Stelle des Daumens und Daumenballens findet sich eine gut verheilte höckerige Vernarbung. Diese setzt sich in eine spitz zulaufende Narbe von 14 cm Länge bis in die Mitte der Beugeseite des Vorderarmes fort. Die Basis dieser Narbe ist $3\frac{1}{2}$ cm breit. An der Außenseite des pronierten Vorderarms geht längs der Ulna eine Narbe bis zu den Condylen. Dieser ziemlich gleichmäßige Narbenstreifen hat eine größte Breite von 5 cm. Außerdem finden sich auf der Dorsalfläche des Handgelenks noch einige kleinere Narben. Der Umfang des Hand-

gelenks beträgt auf der verletzten Seite 17,5 cm, $^1/_2$ cm mehr als auf der gesunden, was sich durch narbig-kallöse Verdickung der verletzten Handwurzelknochen und -bänder erklärt. Auch der Umfang des Unterarms beträgt im ersten Zweidrittel durchschnittlich 1 cm mehr als auf der gesunden Seite. Dies kommt daher, daß die Beugemuskulatur teilweise durch bindegewebige und fettige Degeneration zu einer weichen und verdickten Masse geworden ist. Wir haben es hier also mit einer „Pseudohypertrophie" zu tun, während wirklich eine Atrophie der betroffenen Muskelbündel vorliegt. Von den Vorderarmmuskeln der Beugeseite werden hauptsächlich die mm. ulnaris und radialis internus, palmaris longus und flexor digitorum communis betroffen sein, von den Streckern der m. ulnaris externus und der extensor digitorum communis. Die elektrische Erregbarkeit aller Muskeln ist nur quantitativ verändert, und es besteht keine ausgeprägte Entartungsreaktion. Es ist auch aus der Anamnese nicht zu entnehmen, daß zu irgendeiner Zeit neuritische Veränderungen an dem verletzten Gliede bestanden haben. Die sekundären Atrophien sind hier Folge des schwer verletzten Handgelenks, insofern also, soweit sie nicht direktem Substanzverlust zuzuschreiben sind, ebenfalls reflektorisch entstanden. Ein bemerkenswerter Unterschied zu den Atrophierungen in den Fällen I, II und III besteht also darin, daß sie nicht durch Gelenküberaktion, sondern durch mechanische Verstümmelung des Handgelenks entstanden sind. Hier sind denn auch die Beuger, und zwar stärker, betroffen. Funktionell besteht der folgende Status. Die Bewegungen im Ellenbogengelenk sind, abgesehen von Spannungsempfindungen, frei. Die Beugung der Hand ist recht unvollkommen, die Streckung weniger; die Supination und Pronation ist nicht wesentlich behindert. Der dritte und vierte Finger kann aktiv bis in die Hohlhand gebeugt werden, nicht aber der zweite und fünfte. Die Streckung und Spreizung der Finger ist möglich, wenn auch etwas kraftlos und ungeschickt. Die Hautsensibilität ist am Vorderarm rechts und links annähernd gleich, sowohl auf Druck und Stich wie auf Temperatur. Die Sehnen- und Periostreflexe an dem verstümmelten Arm zeigen nichts Abnormes, das verstümmelte Glied fühlt sich bei wiederholter Prüfung kälter an als das der gesunden Seite. Die Patellarreflexe sind sehr lebhaft, und zwar ist der rechte noch lebhafter als der linke.

Patientin klagt zeitweise über Schmerzen, die von dem verletzten Arm ausgehen. Sie treten besonders nach Erregungen auf, mitunter aber auch ohne bemerkbare Ursache. Die Schmerzen sind ziehend und spannend und von unbestimmter Verbreitung. Wenn die Schmerzen länger andauern, so tritt ein „Nervenzucken" ein, das meist am rechten Augenlid beginnt, auf das linke und auf den Mund übergeht und mit einem Zittern im ganzen Körper endet. Diese Anfälle sind etwa seit

Anfang 1904 bemerkt worden und Patientin steht ihnen völlig objektiv gegenüber. Sie ist besonnen und ruhig; nur selten treten ihr Tränen in die Augen, die sie rasch unterdrückt.

Patientin bekam von der Papierverarbeitungsberufsgenossenschaft zwei Jahre lang eine Rente von 75 %. 1898 schlägt Prof. E. auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft „wegen wesentlicher Besserung gegen früher" 60 % vor. Die Rente wurde jedoch nach Anhörung des Dr. P. auf 66⅔ % festgesetzt. Im Jahre 1904 nach ihrer Verheiratung hat die Berufsgenossenschaft vom Chirurgen Dr. H. eine gutachtliche Äußerung eingefordert; und dieser hat die Annahme der Berufsgenossenschaft, daß nunmehr nach acht Jahren eine „Besserung durch Übung und Gewöhnung" eingetreten sein müsse, für „durchaus berechtigt" erklärt. Der Gutachter schließt sich dem Urteil des Sachverständigen Prof. E. vom Jahre 1898 an und polemisiert gegen Dr. P., der, trotzdem er dem Prof. E. in der Hauptsache beipflichtet, eine Rente von 66⅔ % für angemessen gehalten hat. Er nimmt also an, daß noch jetzt, wie 1898, eine Erwerbsunfähigkeit von 60 % besteht und redet alsdann im Sinne der Annahme der Berufsgenossenschaft von einer Besserung durch Übung und Gewöhnung im Laufe von acht Jahren; jedoch läßt er es unklar und zweifelhaft, ob er die begutachtete Erhöhung der Erwerbsfähigkeit um 6⅔ % auf Rechnung dieser Gewöhnung setzen oder ob er darin lediglich dem Urteile des Prof. E. vom Jahre 1898 folgen will.

Hierzu habe ich für das Schiedsgericht folgendes Gutachten abgegeben.

Die Berufsgenossenschaft hat im schwebenden Verfahren behauptet, das Gutachten des Dr. H. habe die Annahme einer „wesentlichen Besserung" für berechtigt gehalten. Tatsächlich hat aber Dr. H. nur die Annahme einer Besserung durch Übung und Gewöhnung für berechtigt erklärt, als Begründung dieser Annahme jedoch lediglich den Zeitraum von acht Jahren angeführt, nicht aber den chirurgischen Befund. Es ist auch nach der Natur der Verletzung und Narbenbildung gänzlich ausgeschlossen, daß dieser sich ad melius verändern könnte, vielmehr muß er bis zum Tode der Verletzten absolut gleichbleiben. An einem solchen völlig stabilen Operationsendzustande kann es eine Übung und Gewöhnung in dem Sinne überhaupt nicht geben, daß dadurch die Funktion des verletzten Gliedes tatsächlich gebessert würde. Man könnte höchstens daran denken, daß nervenpathologisch bedingte Momente, die die Funktion des verletzten Gliedes ursprünglich mit beeinträchtigt haben, allmählich weggefallen seien. Solche Nebenmomente haben aber weder bei der Verstümmelung noch bei der Operation und bei dem Heilungsprozeß vorgelegen. Erst hinterher und im Laufe der Jahre nach dem Unfall haben sich nervenpathologische Symptome sowohl sensibler als motorischer Art bei der Patientin eingestellt, weshalb dieselbe erklärt, ihr Zustand sei eher schlimmer geworden und sie führe die namentlich anfallsweise auftretenden Schmerzen und Zuckungen auf den Unfall zurück, da sie deutlich von dem verstümmelten Gliede ausgehen.

Dem Sachverständigen Dr. H. ist darin beizustimmen, daß eine anatomisch-chirurgische Ursache für die genannten Beschwerden nicht gegeben ist und daß

diese zweifellos nicht von den Narben oder von chronisch-entzündlichen Veränderungen der Nervenstämme ausgehen. Die Muskulatur des Unterarms ist zwar etwas schlaff und teilweise substantiell vermindert, sie ist aber nicht nervenatrophisch, und die des Oberarms ist völlig normal. Nichtsdestoweniger sind die Schmerzen im rechten Arm die Folge des vorliegenden Verstümmelungszustandes. Der ganze Unterarm als Gliedeinheit ist funktionell gestört:

1. vasomotorisch, was sich dadurch ausdrückt, daß er sehr leicht blutarm wird, mehr Wärme braucht als der gesunde und sich dauernd kühl anfühlt;

2. mechanisch, da er bei Ausführung von Bewegungen abnormen Spannungen und dadurch hervorgerufenen Spannungsgefühlen, auch einem höheren Grad von Ermüdbarkeit unterliegt.

Ohnehin kann bei der Patientin von einer Berufsarbeit als Prägerin überhaupt nicht mehr die Rede sein, ja nicht einmal von der Möglichkeit der qualifizierten Arbeit des Schreibens, Strickens, Nähens usw., sondern es kann nur an einfache Hantierungen bei der Hausarbeit gedacht werden. Gerade hierbei ist aber die Patientin mechanischen Zerrungen und Kältewirkungen besonders ausgesetzt.

Von vornherein wäre es also näherliegend, eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten. Solange die nervösen Beschwerden aber in den Grenzen bleiben wie bisher, ist allerdings nicht zuzugeben, daß sie für eine solche Verminderung erheblich ins Gewicht fallen. Die Verletzte hat aber ganz zweifellos schon allein infolge des endgültigen chirurgischen Operationsbefundes, der durch den Unfall verursacht ist, eine dauernde Erwerbsunfähigkeit von 66 $^2/_3$%, so daß ein gründlicher Nachweis des Einflusses der sensibeln und motorischen Nervenbeschwerden auf ihre Erwerbsfähigkeit sich bisher noch erübrigt.

Das Schiedsgericht hat hierauf der Verletzten weiter 66 $^2/_3$% Rente zugesprochen; auf die Berufung der Berufsgenossenschaft und deren erneuten Antrag, die Rente auf 50% herabzusetzen, hat das Reichsversicherungsamt diesem Antrag auffallenderweise stattgegeben. Hierbei sind dem Reichsversicherungsamt zwei Irrtümer untergelaufen: 1. Das Reichsversicherungsamt nennt in seiner Entscheidung den Dr. H. einen Nervenarzt und nimmt an, dieser habe nicht nur den Operationsbefund, sondern auch den Gesamtzustand der Patientin geprüft, während er nur gesagt hat: er vermöge für die nervösen Beschwerden irgendwelchen Zusammenhang mit der Verletzung nicht zu finden. Dies kann ihm als Chirurgen auch niemand übelnehmen.

2. Das Reichsversicherungsamt schlägt die Erhöhung der Erwerbsfähigkeit durch Anpassung und Übung, indem es die Rente von 66 $^2/_3$% auf 50% herabsetzt, auf 16 $^2/_3$% an und glaubt hierin dem „überzeugenden und bestimmten“ Gutachtens des „Nervenarztes“ Dr. H. gefolgt zu sein, der eine wesentliche Besserung durch Übung und Gewohnheit berechtigt erklärt habe. Der Chirurg Dr. H. hat aber davon gar nicht gesprochen, wie oben schon auseinandergesetzt ist.

Seit dieser Herabsetzung der Entschädigung um 16 $^2/_3$% haben sich nun die vom Unterzeichneten in der Zeit vom 26. Januar bis 1. Februar 1905 konstatierten nervösen Beschwerden mehr und mehr eingewurzelt und beträchtlich vermehrt, so daß es sich lohnt, in unserem

Falle das Unzweckmäßige der Rentenherabsetzung im Jahre 1904 näher darzulegen.

Es handelt sich also um eine sehr ausgedehnte und tiefgehende Verstümmelung der Hand und des Vorderarms, die aber in überraschend guter Weise zur Heilung kam. Der vortreffliche Zustand der Narben, der Mangel an eigentlicher Nervenatrophie, die nur eingeschränkte Bewegungsfähigkeit der daumenlosen Hand, der Mangel an schmerzhaften Druckpunkten lassen den Schluß zu, daß eine neuritische Veränderung niemals vorgelegen hat und auch heute nicht vorliegt. Ein psychisch-nervöser Zustand trat ebenfalls zunächst nicht ein. Nichtsdestoweniger ist man gezwungen, die im Laufe der Jahre sich einstellenden sensiblen und motorischen Nervensymptome in ursächlichen Zusammenhang mit der *Verstümmelung* zu bringen. Die Qualität der Schmerzen, der Typus ihres Auftretens, die motorischen Zuckungserscheinungen, das Zittern und die ganze Art der Gefühlsreaktion machen es sicher, daß es sich jetzt auch um einen psychogenen Nervenzustand handelt, und es scheint mir außerdem nachgewiesen, daß zwar nicht die Entstehung, aber die Steigerung der Beschwerden zu einem ausgeprägten, sich oft wiederholenden Anfall durch die hartnäckig verfolgte Herabsetzung der Rente verursacht worden ist, die ich nicht anstehe als sachlich ungerechtfertigt zu bezeichnen.

In den ergangenen Gutachten ist nur einmal von einer „wesentlichen Besserung" die Rede: in dem Bericht des Professors E. vom Jahre 1898. In dem Gutachten des Dr. H. ist lediglich von einer „gerechtfertigten Annahme einer Besserung durch Übung und Gewöhnung" infolge der Länge des Zeitraums von acht Jahren die Rede. Trotzdem stellt das Reichsversicherungsamt irrtümlich fest, daß dieses Gutachten eine „wesentliche Besserung durch Übung und Gewöhnung" gefunden habe. Man kann hier ganz deutlich erkennen, wie im Laufe der Gutachtenfolge die „wesentliche Besserung" des Professors E. von 75 % auf 60 % im Jahre 1898 auf die durch den Chirurgen Dr. H. begutachtete Besserung von 66 $^2/_3$ % auf 60 % im Jahre 1904 irrtümlicherweise Anwendung findet, und wie diese beiden verschiedenen Besserungen von dem Referenten des Reichsversicherungsamtes identifiziert werden.

Meines Erachtens kann von einer „*wesentlichen Veränderung*" nach § 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes in unserm Falle überhaupt ernstlich nicht gesprochen werden. Nach der Auslegung dieses Paragraphen kann eine solche zwar auch durch „*Gewöhnung an einen Defekt und Benutzung kranker Glieder*" eintreten. Eine solche Gewöhnung und Übung kann aber doch nur dann vorliegen, wenn *erstens* die verletzte Person in ihrem Berufe weiter tätig zu sein vermag und die Verletzung derart günstig

liegt, daß die im Berufe nötigen Handgriffe durch neuerlernte ersetzt werden können. Dies liegt bei unserer Klägerin nicht vor, denn der Znstand ihrer völlig danmenlosen rechten Hand und des vernarbten rechten Vorderarms ist derart, daß sie in keinem Kunstdruckereibetriebe jemals wieder eine Stelle als Prägerin erhalten kann, im strengen Sinne also um 100 % geschädigt erscheint; — zweitens, wenn die verletzte Person hei Unveränderlichkeit des tatsächlichen Gliedbefundes nnd Anpassnngsunfähigkeit desselben an die Berufstätigkeit dnrch Auftreten von psychisch-nervösen Beschwerden in höherem Maße behindert war als dem chirurgischen Zustande entsprechen würde, aher dnrch Wegfall der psychisch-nervösen Symptome sich an den defekten Zustand angepaßt und dadnrch ihre Arbeitsunfähigkeit z. T. ausgeglichen hat. In unserm Falle hat aber nun gerade das Umgekehrte stattgefnnden, da psychisch-nervöse Beschwerden von vornherein gar nicht bestanden haben, sondern erst ganz allmählich znr Entwicklnng gekommen sind.

Somit ist es zweifellos, daß die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes irrtümlich ist und dnrch den natürlichen Gang der Dinge wieder znr Aufhebnng kommen muß. Die Unstimmigkeiten der seinerzeit ergangenen Gutachten nnd die irrtümliche Interpretation derselben von seiten des Reichsversicherungsamtes haben sicher mit dazu beigetragen, den psychisch-nervösen Zustand der recht intelligenten Patientin im Laufe der Jahre zu verstärken. Eine endgültige Entschädigung von 66 $^2/_3$% mußte vor vier Jahren durchaus als angemessen erscheinen und hätte die Angelegenheit sicherlich zu einem Ruhepunkte gebracht; nunmehr aber habe ich der Patientin dringend raten müssen, eine Entschädigung von mindestens 66 $^2/_3$% bis 75 % aufs neue zu beantragen, und zwar aus folgenden Gründen. Die seit 1904 bestehenden über den Operationsbezirk hinausreichenden, aber deutlich von ihm ausgehenden Nervenbeschwerden haben sich seitdem zu einem wohlcharakterisierten, öfter auftretenden psychogenen Anfall ausgebildet. Dieser beginnt mit „bohrenden und wühlenden“ Schmerzen im Innern des verstümmelten Unterarms. Von da strahlen sie einerseits nach den Fingerspitzen, andererseits bis znr Schulter aus. Nachdem der Schmerz einige Zeit bestanden hat, treten die oben schon beschriebenen Zuckungen der Gesichtsmusknlatur auf, welche sich in letzter Zeit in ein starkes Zittern am ganzen Körper fortsetzen. Patientin fühlt sich alsdann so angegriffen, daß sie sich zu Bett legen muß. Diese Schmerzperioden dauern, wie Patientin glaubwürdig angibt, stets mehrere Tage. Selten hat sie eine Woche lang Ruhe. Gegenwärtig hat sie wochenlang mehr oder weniger Schmerzen und demgemäß auch einen sehr gestörten Schlaf. Dabei hat Patientin im Laufe der Jahre, was bei dem Mangel an Tätigkeit wohl natürlich erscheint, an Körpergewicht gegen 1902 zugenommen. In unserm Falle liegt also nunmehr ein Fall von wohl-

charakterisierter „traumatischer Hysterie" mäßigen Grades vor, jedoch nicht in dem Sinne, daß ein leichter Unfall unverhältnismäßig starke nervöse Symptome hervorgerufen hätte, sondern in dem Sinne, daß ein von Haus aus nicht besonders disponiertes Nervensystem nach einer sehr folgenschweren Verletzung erst später sekundär psychogen erkrankt ist, und daß die sich noch in engen Grenzen haltenden Beschwerden alsdann durch den Ausgang des Streitverfahrens erheblich verstärkt worden sind.

Die Taktik des Nervenarztes, die aus meinem Gutachten, namentlich aus dem Schlußsatz erhellt, ist dadurch gekreuzt worden, daß das Reichsversicherungsamt den Sinn dieses Schlußsatzes nicht verstanden, sondern ihn lediglich im Sinne weiterer Begehrlichkeit der Patientin interpretiert hat, die gar nicht vorlag und ja gerade vom Sachverständigen durch zweckmäßige Behandlung ihres psychisch-nervösen Zustandes hintenan gehalten werden sollte. Die Voraussetzung einer solchen Behandlung wäre die Fortgewährung der Rente von $66\,^2/_3\,\%$ gewesen.

Zusammenfassend ist über die vier vorgetragenen Fälle folgendes zu sagen.

Der Fall I ist ein rein neurologischer. Niemals sind bei dem sehr intelligenten und besonnenen Kranken psychogene Erscheinungen hinzugetreten. Nur vollkommenes Unverständnis hat hier etwas „Neurasthenisches" hineinverwickeln können. Die Versicherungsorgane und auch noch viele Ärzte scheinen sich zu solchen dogmatischen Begriffen wie „Neurasthenie" und „Hysterie" geradezu hingezogen zu fühlen, so daß dadurch die klare Analysierung vieler Fälle getrübt, manchmal geradezu unmöglich gemacht wird. Der Fall II ist ebenfalls ohne jedes psychisch-nervöse Symptom verlaufen, trotzdem der Verletzte durch die Behauptung der Berufsgenossenschaft gereizt wurde, es sei kein Muskelschwund vorhanden. Im Falle III hatten sich gleich am Anfang psychogene Erscheinungen angekündigt. Sie blieben aber in engen Grenzen und haben weiterhin keine Rolle gespielt. Im Falle IV ist der psychogene Anteil zwar am größten und hat zu ausgesprochenen hysterischen Anfällen geführt, jedoch haben diese meiner Beobachtung nach einen erheblichen Grad und Umfang erst dann erreicht, als der Patientin bei Gelegenheit ihrer Verheiratung infolge der Durcheinanderwirrung mehrerer verklausulierter, zum Teil überflüssiger Gutachten ohne begründete Unterlage ihre Rente erheblich gekürzt worden war.

Auch hier ist dem Reichsversicherungsamt in den Gutachten nicht genügend klar gemacht worden, daß es sich nicht nur um eine lokalisierte Verletzung der Hand, sondern um eine weitreichende Verstümmelung handelt, die eine solche Ausdehnung hat, daß von einer

rein chirurgischen Betrachtung der Hand, des Handgelenks und der Hautnarben des Unterarms keine vollständige Aufklärung aller Krankheitssymptome zu erwarten steht.

Für den praktischen Arzt ergibt sich aus unseren vier instruktiven Fällen die Regel: *Bei Verletzungen ist nicht allein das verletzte Teilglied zu untersuchen, sondern man hat stets auch in der weiteren Nachbarschaft der Verletzung nach pathologischen Veränderungen zu forschen, da dieselben oft nervös vermittelt sind.*

Mit vollem Recht glaube ich in meiner Veröffentlichung über Nervenkranke und Nervenheilstätten in bezug auf die vier vorgetragenen Fälle folgendes gefordert zu haben: „Unbedingt in die Nervenheilstätte gehören die nicht seltenen Fälle von feineren Gelenkerkrankungen mit reflektorisch entstandenen Atrophien und Kontrakturen infolge von Verletzungen. Diese für die Betroffenen sehr lästigen und folgeschweren Erkrankungen geben oft zu langwierigen Streitverfahren mit Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten Veranlassung und sind selbst unter Nervenärzten noch wenig beachtet, da sie oft rein chirurgisch beurteilt werden. Sie vergesellschaften sich häufig mit weiteren psychisch-nervösen Symptomen, über denen alsdann die Grunderkrankung leicht vernachlässigt wird. Ich habe diese wichtigen Fälle absichtlich in Gruppe I (Organerkrankungen mit sekundären Erscheinungen des Nervensystems) versetzt, besonders auch im Interesse der notwendigen Differenzierung des unzulässigen Sammelbegriffs ‚traumatische Hysterie‘, der in der gutachtlichen Praxis alles aufzusaugen droht, was im Drange der Geschäfte nicht sogleich rubriziert werden kann.“

In einer zweiten Arbeit werde ich, wie schon gesagt, diesen vier Fällen vier andere anschließen, in denen es sich wesentlich um hysterische und psychogene Krankheitszustände komplizierter Entstehung handelt.

II.

Beobachtungen über psychische und nervöse Krankheiten im japanisch-russischen Kriege 1904/05.

Von Prof. Dr. S. **Araky** aus Okayama, Nippon, z. Z. in Gießen.

Unser letzter Krieg gegen das russische Reich lieferte uns Psychiatern sehr viel interessantes Forschungsmaterial. Ich will im Folgenden eine Übersicht über die von mir beobachteten Fälle geben.

Sind psychische Erkrankungen beim Militär im Frieden häufiger als bei der Zivilbevölkerung? Diese Frage ist noch offen, wenn sie auch schon seit längerer Zeit von vielen Psychiatern behandelt wurde. Im allgemeinen kann man annehmen, daß auf 300 bis 500 Köpfe der Bevölkerung ein Fall von psychischer Erkrankung kommt, d. h. 2,0—3,3 pr. M. Nach der Untersuchung von W. Sommer erkrankten von Soldaten im Frieden im neunjährigen Durchschnitt (1872—1881) 0,28 pr. M. der Präsenzstärke, d. h. soviel, wie ein Zehntel der Anzahl bei der Zivilbevölkerung, und im Kriege doppelt soviel als im Frieden. Dietz dagegen berechnete, daß das Verhältnis der Geisteskranken beim Militär genau dasselbe sei wie bei der Zivilbevölkerung, indem er von den Motiven der Selbstmörder ausging. Nach meiner Ansicht erkranken selbst im Frieden mehr Soldaten als Zivilisten, wie dies auch Krafft-Ebing, Kraepelin u. a. annahmen; jedoch im Kriege beobachten wir viel mehr als die doppelte Zahl der im Frieden vorkommenden Fälle. Aber auf diese Frage weiter einzugehen, ist nicht meine vorliegende Aufgabe.

Von psychischen Erkrankungen infolge des Feldzuges 1866 teilte Nasse 14 Fälle mit (die Betroffenen wurden in die Rheinische Provinzial-irrenanstalt zu Siegburg aufgenommen), sowie Huppert sechs Fälle (in der Pflegeanstalt Colditz). Über psychisch infolge des Krieges 1870/71 erkrankte Soldaten haben wir noch mehr Nachrichten. Jolly teilte elf (die in die Würzburger Klinik aufgenommen wurden), Nasse 27 (in der Irrenanstalt zu Siegburg), Ideler und Weyert je sechs und Löcher 33 Fälle (in der Kreisirrenanstalt zu Klingenmünster) mit. Schroeter machte ebenfalls psychiatrische Beobachtungen während desselben Krieges. Über Erkrankungen des Nervensystems

bei dem deutschen Heere im Kriege 1870/71 wurde eine 100 Fälle umfassende Arbeit[1]) von der Militär-Medizinal-Abteilung des Kriegsministeriums herausgegeben. Außerdem teilte Arndt 15 Fälle mit, die er in den drei Feldzügen von 1864, 1866 und 1870/71 beobachtet hatte.

Nach dem Ausbruch des Krieges arbeitete ich auf meinen Wunsch zehn Monate lang wöchentlich zweimal in den Reservelazaretten Himeji und Hiroschima, um an der Behandlung der psychischen und nervösen Kranken teilzunehmen. Die auf dem Schlachtfelde Verwundeten und Erkrankten wurden größtenteils zuerst nach Hiroschima zurückgeschickt und dann, je nach der Schwere der Störung, früher oder später in ihre Heimatlazarette befördert. Deshalb mußte das Reservelazarett Hiroschima, besonders nach einer großen Schlacht, enorm viele Verwundete und Erkrankte auf einmal aufnehmen, unter denen sich jedesmal nicht wenige psychisch Erkrankte befanden. Während des ganzen Krieges mußten natürlich sehr viele Geisteskranke vom Schlachtfeld zurückgeschickt werden. Ich konnte nur einen Teil derselben zu meiner Beobachtung heranziehen; der andere größere Teil entzog sich derselben, weil meine Dienstzeit nicht lang genug war.

Der Krieg ist dabei nicht nur die direkte Ursache von psychischen und nervösen Erkrankungen, sondern er läßt auch eine Disposition dazu zurück. Viele Soldaten erkranken in späteren Jahren nach der Rückkehr, wenn sie auch auf dem Schlachtfelde von psychischen Störungen ganz verschont geblieben sind. Ich würde wiederum zu weit gehen, wenn ich bei meiner vorliegenden Aufgabe zu erforschen versuchte, wie viele Geisteskranke nach dem Kriege in Anstalten aufgenommen wurden.

I. Ätiologische Momente.

Wenn auch die Ansichten über die Frage, ob psychische Erkrankungen beim Militär im Frieden häufiger seien als bei der Zivilbevölkerung, verschieden sind, so unterliegt es doch keinem Zweifel, daß ungewöhnlich viele Soldaten auf dem Schlachtfelde geisteskrank werden. In der Tat faßt der Krieg verschiedene ätiologische Momente für psychisch-nervöse Erkrankungen in sich. Ich werde diese in den folgenden Kapiteln genauer schildern.

Zuerst stelle ich meine Fälle in einer Übersichtstabelle zusammen, in der sie nach ätiologischen Gesichtspunkten geordnet sind:

In dieser Übersicht bemerke ich, daß die klinischen Diagnosen mangels einer längeren Beobachtung und Kenntnis des weiteren Ablaufes öfter mangelhaft erscheinen könnten, aber doch dem Fachmann einen Begriff der hauptsächlichsten Symptome bieten werden.

[1]) Diese Arbeit zitiere ich nach Dietz als „Kriegspsychosen 1870/71".

Tabelle I.

Ursachen	Krankheitsformen												Summe
	Melancholie	Manie	Manisch.-depress. und Cirkul. Irresein	Wahnsinn u. Delirium	Paranoia	Neurasthenie	Hysterie	Alcohol. acutus	Beriberi-Psychosen	Dement. paralyt.	Dementia praecox	Angeborener Schwachsinn	
Überanstrengung	7	5	1			5							18
Typhus abdomin.	7	4		4		5							20
Pneumonie	2	2											4
Influenza	3			1		4							8
Dysenterie	1	1		1		1	1						5
Cerebrospinalmeningitis	1					1							2
Malaria		1											1
Kopfverletzung	1	1		1		4							7
Körperverletzung						2	1						3
Magendarmkatarrh (Dickdarmkatarrh)	3					3							6
Syphilis	2									1			3
Andere Organ-Erkrankungen	4	1											5
Alcohol. acutus	(2)	(3)						5					5
Kakke (Beriberi)	(10)	(2)							12				12
Angeborene Störung des Gehirnes	(4)	(2)				(1)						15	15
Unbekannte Ursachen	28	20	3	4	5	19	2			8	8		97
Summe:	59	35	4	11	5	44	4	5	12	9	8	15	211

Zum Vergleich mit meinen Zusammenstellungen ziehe ich das Häufigkeitsverhältnis der einzelnen ätiologischen Momente in den „Kriegspsychosen 1870/71" heran:

Verletzungen oder Erkrankungen des Kopfes	13
Anderweitige Verletzungen	17
Körperliche Erkrankungen 26	
davon Typhus	10
Ruhr	6
Rheumatismus	3
Tuberkulose	2
Pocken, fieberhafter Magenkatarrh, Herzleiden, Ohrenleiden, Sonnenstich je einen	5
Bestimmte psychische Einwirkungen	14
Kriegsstrapazen überhaupt	30
Summe	100

1. Die Überanstrengung als ätiologischer Faktor.

Unter Überanstrengung fasse ich alle übermäßigen Arbeiten, sowohl körperliche wie psychische, zusammen. Der Krieg erfordert im all-

gemeinen nicht nur einfache körperliche Kraft, sondern er verlangt auch eine große geistige Tätigkeit, selbst bei den gemeinen Soldaten, den Trainknechten usw.

Aber diejenigen Militärpersonen, welche nicht in den Krieg ausrücken, sind ebenfalls einer Überanstrengung ausgesetzt, weil sie bei der Ausrüstung daheim viel mehr arbeiten müssen als im Frieden. Dadurch entstehen beim Militär ziemlich viele psychische Erkrankungen schon vor dem Ausmarsch.

Nach dem Ausmarsch sind fast alle Kriegsteilnehmer immer unmittelbar vor dem Feinde tätig. Sie müssen in drückender Hitze oder schneidender Kälte, öfter bei Mangel an Nahrung und Schlaf, Tag und Nacht hindurch marschieren, Streifwache halten, als Posten dienen und auf den Befehl ihrer Anführer ungesäumt gegen den Feind vorrücken, um ihn anzugreifen, unbeschadet aller Hindernisse. Sie müssen, besonders wenn sie sich in der ersten Schlachtlinie befinden, immer vorbereitet sein, den Feind abzuwehren; dadurch sind sie in steter geistiger Spannung. Ihr Dienst ist nicht nur schwer, sondern auch verantwortungsvoll.

Zu der ununterbrochenen Anstrengung während des ganzen Krieges treten noch besondere schwierige Arbeiten, welche in relativ kurzer Zeit eine größere körperlich-geistige Tätigkeit beanspruchen. Während der ganzen Dauer einer Schlacht sind alle Teilnehmer der größten Anstrengung ausgesetzt. An der Schlacht bei Mukden, Anfang März 1905, beteiligte sich fast das ganze japanische Heer. Diese dauerte ungefähr zwei Wochen lang; sie war die größte unter allen Schlachten während unseres Krieges. Die Zahl der Verwundeten betrug einige Zehntausend. Diese drängten sich alle sogleich in die Feldlazarette und stellten an die Leistungsfähigkeit der Militärärzte und des Pflegepersonals außerordentlich große Forderungen. Die Einrichtung neuer Feldlazarette ward notwendig; die Verwundeten mußten sofort behandelt und möglichst schnell nach hinten zurückgeschickt werden. Infolgedessen mußten Sanitätspersonen besonders *nach der Schlacht* stark arbeiten, während sich die Soldaten *in* der Schlacht übermäßig anstrengten.

Natürlich müssen auch die Pioniere oft in kurzer Zeit übermäßige Arbeit leisten, z. B. beim Bauen von Brücken, beim Anlegen von Fußwegen usw. Das gleiche gilt für Trainsoldaten und Trainknechte, besonders bei raschen Märschen. Auch Personen, die als Kriegskorrespondenten dienen, sind Tag und Nacht übermäßigen Anstrengungen ausgesetzt.

Ich hebe besonders diese *starken kurzdauernden* körperlich-geistigen Überanstrengungen als ätiologisches Moment für psychisch-nervöse Erkrankungen hervor.

In den „Kriegspsychosen 1870/71“ zeigen sich Kriegsstrapazen überhaupt als Ursachen in 30 unter 100 Fällen. In meinen Fällen umfassen diese Momente nur 18 unter 211, d. h. 8,5%, wie vorstehende Tabelle zeigt. Ich hätte wahrscheinlich noch mehr gefunden, wenn ich zu genauerer Untersuchung Gelegenheit gehabt hätte. Unter diesen 18 Fällen fand ich sieben von Melancholie, fünf von Manie, fünf von Neurasthenie und einen von manisch-depressivem Irresein. Nach den Waffengattungen fällt der größte Prozentsatz auf Infanteristen, d. h. sechs unter 18, auf Trainknechte nur zwei. Allerdings sind diese Zahlen zu klein, um daraus einen Schluß darauf zu ziehen, daß besonders die Infanteristen Überanstrengungen ausgesetzt sind. Allerdings ist die Zahl der Erkrankten bei ihnen viel größer als die der erkrankten Trainknechte, auch wenn man die Gesamtzahl dieser beiden Truppengattungen berücksichtigt. Auf Offiziere und Unteroffiziere kommen drei unter 18 Fällen, d. h. relativ viel mehr als auf Soldaten. Auch hier erscheinen die Beobachtungen zu gering, um den Schluß zu ziehen, daß Offiziere und Unteroffiziere Überanstrengungen mehr ausgesetzt sind. Man könnte bei diesen besonders an die psychische Seite in bezug auf Überanstrengung denken.

Tabelle II.

	Waffengattungen								Summe
	Offiziere und Unteroffiziere	Infanteristen	Kavalleristen	Artilleristen	Pioniere	Trainknechte	Kranken-pfleger	Anderweitige	
Überanstrengung	3	6	—	2	1	2	3	1	18

Als Beispiele gebe ich folgende Fälle:

Fall 1: 25jähriger Infanterist.

Anamn.: Ausmarschiert im März 1904. Er diente treu und eifrig, war aber etwas kleinmütig. Mitte Mai 1905 strengte er sich bei den Übungen auf dem Felde, Anlegen der Fußwege und Reinigungen der Heerlager, übermäßig an. Seit Anfang Juni trat Depression mit Versündigungsideen auf. Bei der Untersuchung am 9. Juni war er niedergeschlagen, schwermütig, appetit- und schlaflos. Er zeigte Versündigungsideen, bereute Vergehen früherer Zeit, die eigentlich ganz harmlos waren, und entschloß sich, seine Sünden mit dem Tode zu büßen. Er wurde zurückgeschickt und am 19. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 20. VIII. Schwermütig, wortkarg; er antwortete auf Fragen sehr mangelhaft.

Diagn.: Melancholie (Versündigungsideen).

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Von dem Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Fall 2: 25jähriger Infanterist.

Anamn.: Er hatte eine erbliche Anlage zu Geisteskrankheit. Seit dem Ausmarsch im März 1904 nahm er an mehreren Schlachten teil. Seit dem 1. Juli 1905 diente er als Vorposten; er schlief ganze Tage und Nächte hindurch nicht und strengte sich bei der Streifwache in der glühenden Hitze übermäßig an. Seit dem 4. Juli bekam er dadurch Kopfweh, Schwindel, geistige Unruhe und fiel plötzlich zu Boden. Damals bemerkte man starren Blick, weite Pupillen, injizierte Bindehäute, Zähneknirschen und Konvulsionen an Armen und Beinen. Der Anfall ließ nach einigen Wiederholungen nach. Darauf zeigten sich allmählich psychische Krankheitserscheinungen; er ward depressiv. Außerdem bestand Obstipation. Der Appetit war schlecht. Bei der Untersuchung am 3. August sprach er nur langsam, antwortete auf Fragen sehr dürftig, und zwar mit leiser Stimme, klagte über Kopfweh, Niedergeschlagenheit und schlechten Appetit. Der Patellarreflex war damals abgeschwächt. Er ward zurückgeschickt und am 21. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 27. VIII. Depression, Hemmung der Ideenassoziation und Körperbewegung; Antworten auf Fragen sehr langsam und mangelhaft, Stimme leise. Er weint, schläft nicht, verweigert die Aufnahme von Nahrung.

Diagn.: Melancholie (epileptische Grundlage?).

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 15 Monate.

Fall 3: 23jähriger Pionier.

Anamn.: Stark neuropathisch veranlagt. Angeworben am 22. September 1904, ausmarschiert am 26. Dezember. Bei der großen Schlacht in der Umgebung von Mukden wurde er auf seinen Wunsch als einer der Tapfersten dazu auserwählt, Handgranaten in eine Befestigung des Feindes hineinzuwerfen, was bei der Eroberung von Festungen, z. B. der „Höhe 203“ bei Port Arthur, sehr oft ausgeführt wurde. Er mußte sich zu diesem Zwecke der Befestigung stark nähern. Nachdem er diese kühne Unternehmung erfolgreich vollbracht hatte, wurde seine Heldentat auch in seiner Heimat bekannt, so daß seine alten Lehrer und Freunde an ihn schrieben und ihn sehr lobten. Nach der Schlacht bei Mukden beschäftigte er sich beim Brückenbau. Seit dem 4. Mai strengte er sich beim Bauen der Fahrwege übermäßig an.

Ungefähr seit dem 8. Juli ward er schlaflos, depressiv und behauptete, daß er „ein großer Verbrecher“ sei. Man bemerkte dabei auch in seinen Handlungen etwas Abnormes. Die Depression dauerte ungefähr bis zum 20. Juli. Seitdem arbeitete er trotz glühender Hitze oder strömendem Regens so eifrig, daß er dadurch eine starke körperliche und geistige Ermüdung bekam.

Ungefähr seit dem 28. August zeigte er wieder psychische Störungen; er schlief nicht, das Gedächtnis wurde schwach. Er ward depressiv und behauptete weinend, daß er „ein großer Verbrecher“ sei und deshalb vor das Kriegsgericht geführt und mit dem Tode bestraft würde. Er aß ungekochten Reis und unzubereitetes Gemüse; ein Zeichen von Selbstunterschätzung. Bei der Untersuchung am 31. August war sein Gesichtsausdruck sehr ängstlich, Assoziationen gehemmt, Denkkraft und Gedächtnis geschwächt, Antworten auf Fragen sehr langsam. Er behauptete, daß er kein Kranker, sondern nur „ein großer Verbrecher“ sei. Er war sehr ängstlich, unruhig, weinte, zitterte am ganzen Körper und blickte seufzend mit gefalteten Händen gegen den Himmel. Er wurde zurückgeschickt und am 18. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 24. IX. Der Patient klagt über Kopfschwere, Schmerz am

Scheitel und Nacken. Er spricht leise, langsam, antwortet auf Fragen sehr mangelhaft. Er entschuldigt sich fortwährend.

Diagn.: Melancholie (Versündigungswahn) mit periodischen Schwankungen auf nervöser Grundlage.

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sechs Monate.

Fall 4: 26jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 9. April 1905, dann ausmarschiert. Seit dem 28. Juli strengte er sich bei der Arbeit in der Hitze und dem Regen übermäßig an. Am 27. und 28. August litt er fünfmal an epileptiformen Anfällen. Seit Ende September zeigte er traurige Gesichtszüge und bekam den Wahn, daß eine große Gefahr ihn bedrohe. Er war unruhig und glaubte, daß alle seine Kameraden seine Feinde seien. Er ward zurückgeschickt und am 13. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: Gesichtsausdruck traurig; man sieht senkrechte Falten zwischen den beiden Augenbrauen. Er glaubt, daß er sehr viele Missetaten begangen habe und nimmt sich dies so zu Herzen, daß er nicht mehr leben mag.

Diagn.: Melancholie (Versündigungswahn). Epileptische Grundlage?

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

Fall 5: 25jähriger Infanterist.

Anamn.: Beim Angriff auf die „Höhe 203“ bei Port Arthur im September 1904 wurde ihm der rechte Arm durchschossen. Er wurde einmal zurückgeschickt und marschierte am 20. Dezember wieder aus. Ende Mai 1905 strengte er sich in seinem Dienst körperlich und geistig übermäßig an, so daß er dadurch manchmal schlaflos wurde. Seit Anfang August trat Depression auf. Bei der Untersuchung am 28. August war er anämisch, abgemagert, unruhig, wortkarg, furchtsam, scheute die Menschen, suchte gern die Dunkelheit auf. Am 25. September versuchte er Selbstmord durch einen Schuß in den Bauch. Er ward zurückgeschickt und am 19. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 22. X. Depressiv, mutistisch, Gesamtmuskulatur etwas gespannt.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Fall 6: 22jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 9. März 1904, ausmarschiert am 17. Februar 1905. Er strengte sich beim Transportieren von Proviant übermäßig an. Seit dem 11. Mai ward er depressiv und schlaflos. Darauf folgte seit dem 18. ein maniakalischer Zustand; er ward ausgelassen, ideenflüchtig, verworren, zeigte Tatendrang, zerstörte Gegenstände, tobte und schlief nicht. Er ward zurückgeschickt und am 1. Juli ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 2. VII. Unhöflich, hochmütig, gehobener Stimmung.

Diagn.: Manie.

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 80 Tage.

Ausgang: zwei Monate nach der Erkrankung erfolgte die Besserung.

Fall 7: 26jähriger Krankenpfleger.

Anamn.: Angeworben am 8. Juli 1904, ausmarschiert am 27. Januar 1905. Er strengte sich durch Krankenpflege bei Tag und bei Nacht übermäßig an. Am

19. Juli war er sehr müde, bekam Angstgefühl in der Brust und Durchfall. Bei der Untersuchung am 20. war er unruhig, hochmütig, sprach laut und sang. Er ward zurückgeschickt und am 21. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 27. VIII. Exaltiert, gesprächig, erregt, munter, prahlerisch, hochmütig; er spricht laut, singt, spottet.

Diagn.: Manie. (Vorher Angstgefühle. Zirkuläre Psychose?)

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sechs Monate.

Fall 8: 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 15. Januar 1904, ausmarschiert am 13. August. Er beteiligte sich an den Schlachten von Liaujang, Schaho, Mukden usw. Am 10. September strengte er sich im Regen übermäßig an und erkältete sich dadurch. Bald traten psychische Störungen ein. Er klagte über Kopfweh, es schwindelte ihm, er schlief nicht, war unruhig, sang, tobte, warf mit Gegenständen um sich und zerstörte sie. Er ward zurückgeschickt und am 27. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 1. X. Leichte Erregung.

Diagn.: Manie (Tobsucht). Nervöse Grundlage?

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Fall 9: 27jähriger Pferdeknecht.

Anamn.: Nach dem Ausmarsch diente er als Pferdeknecht eines Bataillonschefs und strengte sich dadurch übermäßig an, daß er immer unter den niederhagelnden Geschossen hin und her laufen mußte. Seit Ende April 1905 ward er depressiv, scheute die Menschen, suchte die Dunkelheit auf, antwortete nicht auf Fragen und führte nur Selbstgespräche. Er äußerte zuweilen, daß er sich töten möchte. Er ward zurückgeschickt und am 22. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme war sein Gesichtsausdruck traurig; er klagte über Kopfweh, antwortete auf Fragen undeutlich. Nachher spielte bald das melancholische, bald das manische Bild die Hauptrolle, bei letzterem sang der Kranke laut und tanzte mit einem Säbel.

Stat. praes.: 28. V. Hochmütig, erregt; er singt, tanzt mit einem Säbel. Zuweilen versinkt er in tiefe Gedanken.

Diagn.: Manisch-depressives Irresein.

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Fall 10: 29jähriger Offizier der Infanterie.

Hereditäre Anlage: Der Vater ist an Kehlkopftuberkulose, eine ältere Schwester an Pleuritis gestorben.

Anamn.: Im Jahre 1903 litt er an Malaria, welche mehrmals wiederkehrte. Ausmarschiert im Mai 1904. Nachdem er sich an einigen Schlachten beteiligt hatte, strengte er sich in der Schlacht bei Takubokujo Ende August in der glühenden Hitze übermäßig an und bekam dadurch Kopfweh, Schwere im Kopf und Depression. Dann beteiligte er sich Ende September bis Anfang Oktober an den Schlachten bei Liaujang und anderen Orten. Es schwindelte ihm plötzlich, besonders nach einem strengen Marsch, so daß er sich öfters kaum vor dem Fallen hüten konnte. Nach der Schlacht bei Schaho Mitte Oktober diente er als Posten

Tag und Nacht hindurch im Sturme stehend. Durch solche übermäßige Anstrengungen veranlaßt stellten sich Kopfweh, Schwindel, Appetit- und Schlaflosigkeit, Sausen im linken Ohre. Ameisenkriechen am Kopf, Hyperästhesie der Haut, Neigung zur Ermüdung der psychischen Tätigkeiten, Stimmungswechsel, Depression, Angst, Abstumpfung des Gedächtnisses und Denkvermögens ein. Er wurde zurückgeschickt und am 23. Januar 1905 ins Reservelazarett Himejl aufgenommen.

Diagn.: Schwere Neurasthenie.

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: fünf Monate.

Ausgang: Vier Monate nach der Erkrankung erfolgt die Heilung.

Fall 11: 35 jähriger Unteroffizier der Infanterie.

Anamn.: Angeworben am 24. Dezember 1904, ausmarschiert am 30. Er strengte sich bei der Beaufsichtigung von Proviant Tag und Nacht hindurch übermäßig an. Ungefähr seit dem 20. März 1905 bekam er Kopfweh, Schwere im Kopf, Schwindel, Vergeßlichkeit, Schlaf- und Appetitlosigkeit und Verstopfung. Bei der Untersuchung am 7. September klagte er hauptsächlich über Kopfweh und Schwere im Kopf. Man bemerkte dabei Gemütsreizbarkeit, Stimmungswechsel, Abstumpfung des Gedächtnisses und Unfähigkeit zu psychischen Leistungen; außerdem nervöse Dyspepsie, Verstopfung, Appetit- und Schlaflosigkeit und zeitweise Schmerzen an der rechten Seite der Brust. Er wurde zurückgeschickt und am 22. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 24. IX. Schmerzen am Scheitel, Schwere im Kopfe, Unfähigkeit zu psychischen Leistungen; er kann lesen, aber nicht gut verstehen. Er schläft ein, aber träumt sehr viel.

Diagn.: Schwere Neurasthenie.

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwei Monate.

2. Akute Infektionskrankheiten.

In unserm Kriege gab es 220812 Verwundete, von denen 47387 auf dem Kriegsschauplatze zu grunde gingen. Die Zahl der wegen verschiedener Erkrankungen in Feldlazarette Aufgenommenen betrug 236223, darunter befanden sich 27158 mit Infektionskrankheiten Behaftete d. h. 4% aller Ausmarschierten. Als ätiologische Momente für psychisch-nervöse Erkrankungen kamen für mich 40 Fälle von Infektionskrankheiten in Betracht, nämlich: Typhus abdom. 20, Influenza acht, Dysenterie fünf, Pneumonie vier usw. Bei allen diesen Fällen stellten sich psychische Störungen erst im Rekonvaleszenzstadium ein (postinfektiöse psychische Erkrankungen). In den „Kriegspsychosen 1870/71“ zeigen sich unter 100 Fällen 20 im Anschluß an akute Infektionskrankheiten entstandene (s. o.). Bei meinen Beobachtungen ist das Zahlenverhältnis etwa das gleiche (bei mir 19%). In beiden Statistiken kommmt auf Typhus gerade die Hälfte aller infektiösen Fälle.

Tabelle III.

Infektionskrankheiten	Waffengattungen								Summe
	Offiziere und Unteroffiziere	Infanteristen	Kavalleristen	Artilleristen	Pioniere	Trainknechte	Krankenpfleger	Anderweitige	
Typhus abdom. .	1	6	1		1	9	2		20
Andere Infektions-Krankheiten . .	1	12			1	3	1	2	20
Summe	2	18	1		2	12	3	2	40

Typhus abdominalis. Unter den 20 Fällen von psychisch-nervösen Störungen nach Typhus fand ich sieben von Melancholie, je vier von Manie und halluzinatorischem Irresein (Amentia) und fünf von Neurasthenie. Nach den Waffengattungen nahm ich die meiste Zahl bei Trainknechten wahr. Man könnte darum denken, daß der Typhus am häufigsten Trainknechte befallen hat, obschon die genaue Zahl der Typhusfälle im ganzen Heere und für die einzelnen Waffengattungen noch nicht festgestellt worden ist. Es erscheint bei meinen allerdings zu geringen Zahlen ganz merkwürdig, daß Trainknechte der Überanstrengung weniger und dem Typhus mehr ausgesetzt sind. Diese Frage muß vorläufig ungelöst bleiben.

Vom Ausmarsch bis zum Auftreten der Typhussymptome sind gewöhnlich 1—15 Monate verflossen.

Psychisch-nervöse Erkrankungen nach Typhus treten im allgemeinen weniger heftig auf. In mehreren Fällen schienen dieselben nach einigen Monaten mit der Erholung der Körperkräfte nachzulassen.

Als Beispiele gebe ich folgende Fälle:

Fall 12: 24jähriger Trainknecht.

Hereditäre Anlage: Eine Base war geisteskrank.

Anamn: Angeworben am 17. September 1904, ausmarschiert am 4. Oktober. Er diente bei dem Transport von Proviant. Seit dem 30. März 1905 zeigten sich bei ihm allgemeine Müdigkeit, Kopfweh, Febris continua, Ohrensausen, Schwerhörigkeit, Appetitlosigkeit, Belegtheit der Zunge, Meteorismus, Heißdurst, Schmerzempfindung beim Druck auf die Ileocoecal- und Milzgegend und Widalsche Reaktion (Typhus abdom.). Er wurde zurückgeschickt und am 24. Juli ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme war der Typhus schon abgelaufen; der Kranke zeigte Depression, antwortete auf Fragen nur mangelhaft, wollte sich töten und war ziemlich unruhig.

Stat. praes: 6. VIII. Anämisch, abgemagert; Depression.

Diagn.: Melancholia simplex nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: neun Monate.

Fall 13: 24 jähriger Trainknecht.

Anamn.: Seit dem 4. April 1905 zeigten sich bei ihm Kopfweh, Husten, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Febris continua, allgemeine Schwäche, Durchfall täglich einmal und Widalsche Reaktion (Typhus abdom.). Gegen Ende Mai nahm das Fieber allmählich ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Ende Juli stellten sich psychische Störungen ein. Der Kranke wurde zurückgeschickt und am 7. Juli ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme drückte sein Gesicht Depression aus. Er war wortkarg und sprach nur langsam.

Stat. praes.: 13. VIII. Depressiv, wortkarg, Ideenassoziation gehemmt, Antworten auf Fragen sehr mangelhaft, Körperbewegung sehr erschwert, zuweilen ganz stumm.

Diagn.: Melancholia simplex nach Typhus abdom.

Fall 14: 26 jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 26. November 1904, ausmarschiert am 29. Seit dem 7. August 1905 zeigten sich bei ihm Frösteln, Febris continua, Belegtheit der Zunge, Heißdurst, Appetitlosigkeit, Schmerzempfindung beim Druck auf die Ileocoecalgegend und Widalsche Reaktion (Typhus abdom.). Gegen Mitte September nahm das Fieber allmählich ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Dann stellten sich allmählich psychische Störungen ein, besonders bemerkte man dabei Depression. Der Kranke wurde zurückgeschickt und am 11. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Gesichtsausdruck traurig; man sieht horizontale Runzeln an der Stirn. Der Patient ist ängstlich und bittet um Hilfe.

Diagn.: Melancholia simplex nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zehn Monate.

Fall 15: 23 jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1903, ausmarschiert am 15. Mai 1904. Er nahm an mehreren Schlachten teil. Seit dem 22. August 1905 stellten sich bei ihm ein: Kopfweh, Schwere im Kopfe, Schwindel, Müdigkeit an den Extremitäten, Belegtheit der Zunge, Appetitlosigkeit, Hyperämie im Rachen, Febris continua und Schmerzempfindung beim Druck auf die Ileocoecalgegend (Typhus abdom.). Ende September nahm das Fieber ganz ab, und darauf kamen psychische Störungen vor. Der Kranke wurde depressiv, wortkarg und scheute die Menschen. Er wurde zurückgeschickt und am 14. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Depressiv, wortkarg.

Diagn.: Melancholia simplex nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 16 Monate.

Fall 16: 24 jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 20. November 1904, ausmarschiert am 10. Februar 1905. Seit dem 4. April bekam er Kopfweh, Husten, Auswurf und Brustschmerz. Man bemerkte dabei einen erhöhten Widerstand an der Vorderfläche der Brust, rauhe Atem- und Rasselgeräusche und Pfeifen (katarrhalische Pneumonie). Er wurde zurückgeschickt und am 11. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bald nach der Aufnahme stellten sich bei ihm Fieber, Kopfweh, Schwindel, Belegtheit der Zunge, heftiger Durst, Appetitlosigkeit, Ohrensausen, Schmerzempfindung beim Druck auf die Ileocoecalgegend, Benommenheit und Delirien ein (Typh. abdom.). Gegen Ende Mai nahm das Fieber allmählich ab, alle körperlichen

Beschwerden traten zurück, und es zeigten sich bei ihm psychische Störungen. Der Kranke ward geschwätzig, leichtsinnig, zerstörte Türen, warf mit Gegenständen um sich und war sehr unruhig.

Stat. praes.: 4. VI. Geschwätzig, erregt. Der Nahrungstrieb ist gesteigert.

Diagn.: Manie nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: drei Monate.

Fall 17: Trainknecht.

Anamn.: Sein Alter ist unbekannt, angeworben am 6. April 1905, ausmarschiert am 12. Mai. Seit dem 6. August stellten sich bei ihm ein: Frösteln, Kopfweh, Schwindel, Müdigkeit, Febris continua, Belegtheit der Zunge, Appetitlosigkeit und Verstopfung (Typhus abdom.). Gegen Anfang September nahm das Fieber allmählich ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Mitte September traten psychische Störungen ein. Der Kranke zeigte Exaltation. Er wurde zurückgeschickt und am 7. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 8. X. Geschwätzig, erregt; er zerreißt Kleider.

Diagn.: Manie nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

Fall 18: 28jähriger Kavallerist.

Anamn.: Angeworben am 8. März 1904, ausmarschiert am 8. Mai. Er diente als Streifwache und nahm an mehreren Schlachten teil. Seit dem 13. August 1905 zeigten sich bei ihm Unwohlsein, Kopfweh, Frösteln, Febris continua, Belegtheit der Zunge, Meteorismus, Schmerzempfindung beim Druck auf die rechte Darmbeingrube, Durchfall täglich zwei- bis dreimal und Widalsche Reaktion (Typhus abdom.). Anfang September nahm das Fieber ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Ungefähr seit dem 9. September traten Exaltation und leichte Agitation auf. Er ward zurückgeschickt und am 12. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Patient klagt über Schwindel, Kopfweh und Schwäche des Gedächtnisses. Er träumt sehr oft, daß er „von Kosaken verfolgt“ werde.

Diagn.: Neurasthenie nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 15 Monate.

Fall 19: 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 10. September 1904, ausmarschiert am 1. Dezember. Ungefähr seit dem 30. August 1905 stellten sich bei ihm Kopfweh, Schwere im Kopfe, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Belegtheit der Zunge, Meteorismus, Febris continua, Schmerzempfindung beim Druck auf die rechte Darmbeingrube und Milztumor ein (Typhus abdom.). Anfang Oktober nahm das Fieber ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Allmählich zeigte der Kranke psychische Störungen; er ward vergeßlich, konnte nicht ordentlich, sondern nur verworren reden. Er ward zurückgeschickt und am 23. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 29. X. Leere im Kopfe, Schwäche des Gedächtnisses.

Diagn.: Neurasthenie nach Thyphus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: elf Monate.

Fall 20: 28jähriger Infanterist.

Anamn.: Im September 1900 diente er bei der Besatzung in Formosa und litt daselbst an Malaria, welche später manchmal wiederkehrte. Am 19. Juni 1904 wurde er wieder angeworben und marschierte am 3. Juli aus. Er beteiligte sich an den Schlachten in Liaujang, Schaho usw. Am 10. Februar 1905 bekam er Fieber

mit Schüttelfrost, heftigen Durst, Appetitlosigkeit, Kopfweh, Schwere im Kopfe, Schwerhörigkeit und Delirien (Malaria). Er wurde zurückgeschickt und am 10. März ins Reservelazarett Himeji aufgenommen.

Bei der Aufnahme bemerkte man eine Körpertemperatur von 39° C, Belegtheit der Zunge, Schmerzempfindung beim Druck auf die rechte Darmbeingrube und Milztumor (Typhus abdom.). Gegen Ende März nahm das Fieber allmählich ab, und psychische Störungen traten ein. Er ward depressiv, furchtsam, weinte, bekam Halluzinationen und Illusionen des Gesichts und des Gehörs (er glaubt Füchse und Katzen zu sehen) und Verfolgungsideen.

Stat. praes.: 26. IV. Der Kranke hat die Angstidee, daß Füchse und Katzen in jeder Nacht durch seine Füße in den Bauch eindringen, weiter nach oben steigen und ihm die Rachengegend zusammendrücken (Besessenheitswahn).

Diagn.: Halluzinatorisches Irresein mit Besessenheitswahn nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: neun Monate.

Fall 21: 28jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1902, ausmarschiert am 18. Juni 1904. Er diente bei dem Transport von Proviant und strengte sich dabei übermäßig an. Seit dem 21. Juni 1905 zeigten sich bei ihm Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Belegtheit der Zunge, Durchfall, Fieber, Meteorismus und Schmerzempfindung beim Druck auf die Ileocoecalgegend (Typhus abdom.). Ende August nahm das Fieber ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Er wurde zurückgeschickt und am 14. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme zeigte der Kranke psychische Störungen. Er war reizbar, in seiner Stimmung labil, bekam Gesichts- und Gehörshalluzinationen.

Stat. praes.: 17. IX. Patient ist geschwätzig, spricht laut. In der Nacht ist er sehr furchtsam und versteckt sich in eine Ecke des Zimmers, weil er glaubt, daß ein Räuber mit einer Pistole einbreche (Halluzinationen).

Diagn.: Halluzinatorisches Irresein nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 15 Monate.

Verlauf: Nach der Aufnahme ins Reservelazarett Himeji am 23. September spielten Verfolgungs- resp. Beeinträchtigungsideen die Hauptrolle. Patient weint und bittet um Hilfe, weil er glaubt, daß er schuldlos getötet werde. Weiterer Verlauf unbekannt.

Croupöse Pneumonie. Unter den vier Fällen von psychischen Störungen nach Pneumonie fand ich zwei melancholische und zwei manische.

Fall 22: Trainknecht.

Anamn.: Sein Alter ist unbekannt. Angeworben am 14. Februar 1905, ausmarschiert am 17. Seit dem 10. April bekam er Fieber, Husten, Brustschmerz und rostfarbigen Auswurf. Man konstatierte dabei Pfeifen und rauhe Atemgeräusche an der vorderen Seite der Brust vom zweiten Interkostalraum ab, Dämpfung und kleinblasige Rasselgeräusche am Rücken vom vierten Brustwirbel ab (croupöse Pneumonie). Anfang Juni trat Depression mit Angstaffekt ein. Er wurde zurückgeschickt und am 8. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 11. VI. Der Kranke ist deprimiert.

Diagn.: Melancholia simplex nach Pneumonie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: drei Monate.

Fall 23: 24jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1902, ausmarschiert am 22. Mai 1904. Er beteiligte sich an mehreren Schlachten. Am 19. Juni 1905 fieberte er plötzlich

mit Schüttelfrost und bekam Kopfweh, Schwindel, Appetitlosigkeit, Belegtheit der Zunge und rostfarbigen Auswurf. Man hörte dabei Pfeifen an der vorderen und hinteren Seite der Brust (croupöse Pneumonie). Mitte Juli erholte er sich, aber psychische Störungen stellten sich ein. Der Kranke ward ausgelassen, geschwätzig und sang. Er ward zurückgeschickt und am 29. Juli ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 30. VII. Exaltiert und agitiert.

Diagn.: Manie nach Pneumonie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Komplikation: Kakke (Beri-Beri).

Influenza. Unter den acht Fällen von nervös-psychischen Störungen nach Influenza fand ich vier neurasthenische, drei melancholische und einen von halluzinatorischem Irresinn (Amentia). Dies spricht dafür, daß die Influenza viel mehr neurasthenische und melancholische Störungen als andere nervös-psychische Erkrankungen zurückläßt. Siemerling schreibt auch in der deutschen Klinik, daß mehr melancholische Depressionszustände und stuporöse Formen bei Typhus, Gelenkrheumatismus, Influenza in Erscheinung zu treten pflegen.

Als Beispiele gebe ich folgende Fälle:

Fall 24: 30jähriger Pionier.

Anamn.: Im Jahre 1898 diente er bei der Besatzung in Formosa, litt daselbst an Malaria und im nächsten Jahre auch an Kakke (Beri-Beri). Er wurde im August 1904 wieder angeworben und marschierte am 22. Februar 1905 aus. Am 20. März bekam er Fieber mit Schüttelfrost, allgemeine Müdigkeit, Schmerzempfindung an der Magengegend und Appetitlosigkeit (Influenza). Anfang April erholte er sich, aber psychische Störungen stellten sich ein. Der Patient wurde stumm, weinte und verweigerte die Nahrungsaufnahme. Er wurde zurückgeschickt und am 19. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme war der Kranke deprimiert, energielos, träge und antwortete auf Fragen nur undeutlich.

Stat. praes.: 21. V. Ideenassoziation gehemmt, Körperbewegung träge, energielos und verzagt.

Diagn.: Melancholia simplex nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: weniger als zwei Monate.

Ausgang: zwei Monate nach der Erkrankung erfolgte bedeutende Besserung.

Fall 25: 23jähriger Krankenpfleger.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1903, ausmarschiert am 10. Oktober 1904. Am 5. März 1905 arbeitete er im Regen beim Neubau eines Feldlazarettes. Am nächsten Tage bekam er Frösteln, Husten, Auswurf, Appetitlosigkeit und Schmerzempfindung bei Druck auf die Waden. Bei der Untersuchung am 10. März hörte man kleinblasige Rasselgeräusche und Pfeifen an der vorderen Seite der Brust, rauhe Atem- und Rasselgeräusche am Rücken (Influenza). Er wurde zurückgeschickt und am 24. März ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme zeigte der Kranke Anämie und allgemeine Schwäche. Ende Mai trat Depression ein.

Stat. praes.: 16. VII. Deprimiert, Ideenassoziation gehemmt.

Diagn.: Melancholia simplex nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sieben Monate.

Fall 26: 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 10. September 1904, ausmarschiert am 1. Oktober. Ungefähr seit dem 10. Juli 1905 zeigten sich bei ihm Fieber mit Frösteln, Appetitlosigkeit, Kopfweh, Schwindel, Rötung und Schwellung des Rachens. Ende Juli ward der Kranke schwermütig und wortkarg und antwortete auf Fragen nur undeutlich. Er wurde zurückgeschickt und am 19. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 20. VIII. Leichte Depression, Hemmung der Assoziationen.

Diagn.: Melancholia simplex nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zehn Monate.

Ausgang: zwei Monate nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 27: 28jähriger Schuster.

Anamn.: Angeworben am 10. Mai 1904, ausmarschiert am 10. September. Seit dem 10. Juli 1905 zeigten sich bei ihm Fieber mit Frösteln, Kopfweh, Schwindel, allgemeine Müdigkeit, Gelenkschmerzen, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Husten und zeitweise Delirien. Man hörte dabei trockene und feuchte Rasselgeräusche (Influenza). Mitte August traten psychische Störungen ein. Der Patient wurde zurückgeschickt und am 1. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 3. IX. Anämisch, abgemagert. Der Patient hat Gehörshalluzinationen, z. B.: „du bist ein Dieb" usw. Stimmen kommen von oben (aus der Zimmerdecke); sie sind bald stark, bald leise und immer in derselben Tonart. Sie treten am Tage, besonders häufig aber in der Nacht auf.

Diagn.: Halluzinatorisches Irresein nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: elf Monate.

Fall 28: 22jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 18. Februar 1905, ausmarschiert am 13. März. Seit dem 8. Juli bekam er Kopfweh, Schwindel, Fieber mit Frösteln, Husten, schleimigen Auswurf, allgemeine Müdigkeit, Belegtheit der Zunge und Appetitlosigkeit. Man hörte dabei rauhe Atemgeräusche, Knistern und trockenes großblasiges Rasseln. Er wurde zurückgeschickt und am 23. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes: 27. VIII. Kopfschwere, Schmerz am Scheitel, allgemeine Müdigkeit und Anämie.

Diagn.: Neurasthenie nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: fünf Monate.

Fall 29: 34jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 25. April 1904, ausmarschiert im Mai. Ende Juni 1905 litt er an einer fieberhaften Krankheit (Influenza). Seit Anfang August bekam er Kopfweh, Schwere im Kopfe, Druckgefühl am Scheitel und Hinterhaupt, Appetitlosigkeit und Verstopfung. Er war schwermütig, hypochondrisch und ängstlich wegen Kleinigkeiten; er konnte nicht länger lesen und schreiben. Er wurde zurückgeschickt und am 14. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 17. IX. Kopfschwere, Ohrensausen, Schlaf- und Appetitlosigkeit.

Diagn.: Neurasthenie nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 15 Monate.

Fall 30: 31jähriger Unteroffizier der Infanterie.

Hereditäre Anlage: Die Mutter ist an Hemiplegie gestorben.

Anamn.: Am 28. Juli bekam er Fieber mit Schüttelfrost, Schwindel, Ohren-

sausen und allgemeine Müdigkeit. Bei der Untersuchung am 1. September 1905 zeigten sich bei ihm Anämie, Abmagerung, Belegtheit der Zunge, Appetitlosigkeit, Auftreibung des Bauches und Schmerzempfindung beim Druck auf den Bauch. Nach und nach ward der Kranke vergeßlich, unfähig einer psychischen Leistung und antwortete auf Fragen nur undeutlich. Er wurde zurückgeschickt und am 16. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 17. IX. Anämie, Müdigkeit, träge Körperbewegung, Kopfweh und Schwindel.

Diagn.: Neurasthenie nach Influenza.

Dysenterie. Unter den fünf Fällen von psychisch-nervösen Störungen nach Dysenterie fand ich je einen melancholischen, manischen, halluzinatorisch-irrsinnigen, neurasthenischen und hysterischen.

Fall 31: 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1902, ausmarschiert am 27. März 1904. Er beteiligte sich an mehreren Schlachten. Seit dem 24. Juni 1905 litt er an Durchfall. Bei der Untersuchung am 29. Juni war er appetitlos, bekam Schmerzempfindung beim Druck auf die linke Darmbeingrube und entleerte täglich 20 mal breiig-blutigen Stuhl mit Tenesmus (Dysenterie). Ende Juli ging die Dysenterie vorüber, aber die allgemeine Schwäche blieb zurück. Seit Anfang September stellten sich psychische Störungen ein; der Kranke zeigte Verfolgungsideen und war bang. Er wurde zurückgeschickt und am 22. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 24. IX. Anämisch, abgemagert. Er hört in der Nacht drohende Worte, z. B. „du darfst nicht nach deiner Heimat zurückgehen“, „du kannst nicht zurückgehen“ usw. und sieht einen Mann (Pfleger) mit gezogenem Säbel in sein Zimmer eintreten, um ihn zu töten (Halluzinationen des Gehörs und Gesichts).

Diagn.: Halluzinatorisches Irresein nach Dysenterie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 18 Monate.

Fall 32: 22jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 13. Februar 1905, ausmarschiert am 18. Juni. Am 10. Juli diente er als Wache im Regen und bekam am Abend einen dumpfen Schmerz am Bauche und einigemal Durchfall. Seit dem 11. Juli zeigte er Appetitlosigkeit, Belegtheit der Zunge und Hyperästhesie beim Druck auf den Bauch und entleerte täglich 20 mal schleimigen Stuhl mit Tenesmus (Dysenterie). Ende August heilte das Leiden, aber die allgemeine Schwäche blieb zurück. Er ward zurückgeschickt und am 6. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 8. X. Anämisch, abgemagert, appetitlos, Körperbewegung träge, psychische Tätigkeiten erschwert und das Gedächtnis geschwächt. Er träumt sehr viel, kann aber nicht gut schlafen.

Diagn.: Neurasthenie nach Dysenterie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: drei Monate.

Meningitis cerebrospinalis epidemica. Unter den zwei Fällen von nervös-psychischen Störungen nach epidemischer Zerebrospinalmeningitis fand ich einen melancholischen und einen neurasthenischen. Beide Personen litten an dieser akuten Infektionskrankheit daheim.

Malaria. Es wurde nur ein Fall mit Manie beobachtet.

3. Kakke (Beri-Beri).

Die Gesamtzahl von Kakkefällen in unserer Armee betrug ein Viertel der in Feldlazarette aufgenommenen Kranken, d. h. 59056, viel mehr als die der Infektionskrankheitsfälle, welche nach obiger Angabe nur 11% aller Aufnahmefälle ausmachen.

Unter den zwölf Fällen von psychischen Störungen bei Kakke fand ich vier stuporöse, sechs depressive, einen agitierten und einen exaltierten. Nach den Waffengattungen nahm ich die größte Zahl bei Trainknechten wahr, d. h. sieben unter zwölf, was allerdings bei der Kleinheit der Zahlen mit großer Vorsicht zu bewerten ist.

Tabelle IV.

Waffen-gattungen	Kakke-				Summe
	-Stupor	-Depression	-Agitation	-Exaltation	
Infanteristen . . .	1	1	1	—	3
Trainknechte . .	2	4	—	1	7
Anderweitige . .	1	1	—	—	2
Summe	4	6	1	1	12

Bei der stuporösen Form ist die Ideenassoziation verlangsamt, die Körperbewegung träge. Der Kranke ist wortkarg, antwortet auf Fragen nur mangelhaft; er ist energielos, vergeßlich und zu psychischen Leistungen unfähig. Der Gesichtsausdruck ist nicht traurig, sondern indifferent. Ich nenne diese Form „Kakke-Stupor“ und gebe als Beispiele folgende Fälle:

Fall 33: 23jähriger Trainknecht.

Anamn.: Seit dem Ausmarsch im Juni 1904 diente er sehr treu. Im Januar 1905 litt er an Kakke (Beri-Beri), dann stellten sich bei ihm psychische Störungen ein. Psychische Leistungen wurden ihm schwer; Antworten auf Fragen verlangsamt. Er wurde zurückgeschickt und am 19. Februar in das Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 14. V. Der Patient ist wortkarg, antwortet auf Fragen nur mangelhaft; Körperbewegung sehr träge, energielos. Den ganzen Tag liegt er im Bett. Der Gesichtsausdruck äußert keine Depression, sondern ist indifferent.

Diagn.: Kakke-Stupor.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sieben Monate.

Fall 34: 22jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 20. Februar 1905, ausmarschiert am 15. April. Seit dem 9. August bekam er Müdigkeit, Ödema und Parästhesie an den Beinen; Kniephänomene erloschen und Wadenmuskulatur steif (Kakke). Der Patient zeigte auch psychische Störungen; er ward vergeßlich und antwortete auf Fragen nur

undeutlich. Er konnte nicht seinen Dienst tun. Er wurde zurückgeschickt und am 29. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 3. IX. Vergeßlich, psychische Leistungen gestört.

Diagn.: Kakke-Stupor.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

Fall 35: 24jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 19. Februar 1904. Mitte Juni 1905 bekam er während seines Dienstes in Hiroschima Müdigkeit an den Beinen, Angst an der Herzgrube, Parästhesie an den Beinen, Fingern und Lippen, Störung des Ganges und Appetitlosigkeit. Bei der Aufnahme in das Reservelazarett Hiroschima am 17. August bemerkte man bei ihm belegte Zunge, frequente Pulsschläge, den in ein Geräusch verwandelten ersten Ton an der Herzspitze, den akzentuierten zweiten Pulmonalton, gesteigerte Kniephänomene und eine Schmerzempfindung beim Fassen auf die Wadenmuskulatur (Kakke). Seit dem 12. Oktober stellten sich psychische Störungen ein.

Stat. praes.: 15. X. Assoziation gehemmt, psychische Leistungen erschwert.

Diagn.: Kakke-Stupor.

Fall 36: 30jähriger Dienstmann.

Anamn.: Ausmarschiert im Oktober 1904. Ende August 1905 litt er an Kakke (Palpitation, zweiter Pulmonalton akzentuiert, Zunge belegt, Appetitlosigkeit und Verstopfung). Mitte September wurden psychische Leistungen erschwert; der Kranke sprach nur langsam. Er wurde zurückgeschickt und am 16. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 22. X. Ideenassoziationen gehemmt, Körperbewegung erschwert.

Diagn.: Kakke-Stupor.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: elf Monate.

Bei der melancholischen Form beherrscht dagegen die Depression, verbunden mit Hemmungssymptomen, das ganze Krankheitsbild. Der Kranke ist sehr traurig, weint; er ist wortkarg, antwortet auf Fragen mangelhaft, d. h. die Ideenassoziation ist dabei auch verlangsamt. Ich nenne diese Form „Kakke-Depression“ und gebe als Beispiele folgende Fälle:

Fall 37: 32jähriger Trainknecht.

Anamn.: Schwächlich veranlagt. Nach einem forcierten Marsch am 16. März 1905 bekam er Hüftweh, Störung des Ganges, Parästhesie um den Mund und zuckende Schmerzempfindung an den Waden. Seit Anfang April zeigten sich bei ihm Kopfweh, Schlaflosigkeit, Parästhesie an den Unterschenkeln, Steigerung der Kniephänomene, Schmerzempfindung beim Fassen auf die Waden, Vertrocknung der Augenbindehäute und Nachtblindheit. Er wurde zurückgeschickt und am 14. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen (Kakke).

Nach der Aufnahme heilte die Nachtblindheit, aber die Kakkesymptome blieben unverändert, und allmählich stellten sich psychische Störungen ein. Der Patient wurde deprimiert und furchtsam; er glaubte, daß er unheilbar sei (hypochondrische Ideen).

Stat. praes.: 21. V. Deprimiert, Assoziationen gehemmt, Antworten auf Fragen sehr mangelhaft.

Diagn.: Kakke-Depression.

Fall 38: 32jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 13. Juni 1904, ausmarschiert am 27. Er beteiligte sich an den Schlachten in Liaujang, Schaho usw. Seit Anfang März 1905 litt er an Magendarm- und Bronchialkatarrh, verbunden mit Kakke (Beriberi). Er wurde zurückgeschickt und am 8. April ins Reservelazarett Himeji aufgenommen.

Nach der Aufnahme blieben die Kakkesymptome unverändert. Anfang Juni zeigten sich bei ihm Depression, Schlaflosigkeit und Selbstgespräche.

Stat. praes.: 14. VI. Deprimiert. Assoziationen gehemmt.

Diagn.: Kakke-Depression.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: elf Monate.

Fall 39: 23jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 22. April 1904, ausmarschiert im Juni. Seit dem 27. Mai 1905 zeigten sich bei ihm allgemeine Müdigkeit, Kopfweh, Appetitlosigkeit, Herzklopfen, Angstgefühl in der Brust, Parästhesie an den Beinen und Zuckung und Schmerz an den Waden (Kakke). Seit dem 10. Juni traten psychische Störungen auf; der Kranke weinte ohne Ursache, war unruhig und hatte Gesichts- und Gehörshalluzinationen. Er wurde zurückgeschickt und am 21. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 25. VI. Der Patient ist gemütsreizbar, traurig und geneigt zum Weinen.

Diagn.: Kakke-Depression.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwölf Monate.

Ausgang: Einen Monat nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 40: 24jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 22. April 1904, ausmarschiert am 26. Juni. Ende Juli 1905 litt er an Kakke (Beriberi). Anfang September traten psychische Störungen ein. Der Kranke wurde traurig, bereute Taten früherer Zeit und bat fortwährend um Entschuldigung. Er wurde zurückgeschickt und am 18. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 24. IX. Deprimiert, Ideenassoziation gehemmt, Körperbewegung sehr träge; er antwortet auf Fragen sehr ungenügend, ja ist beinahe stumm. Er bückt sich und legt beide Hände auf die Knie. Er klagt über Angst in seinem Innern und bedauert sich wegen eines harten Schicksalsschlages.

Diagn.: Kakke-Depression.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Fall 41: 25jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 10. April 1905, ausmarschiert am 15. Beim Eisenbahnbau am 11. August bekam er Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Leibweh und Durchfall. Bei der Untersuchung am 23. August zeigten sich bei ihm allgemeine Müdigkeit, Kopfweh, Belegtheit der Zunge, Appetitlosigkeit, Auftreibung des Bauches und Leibweh. Er entleerte täglich drei- bis viermal schleimig-blutigen Stuhl mit Tenesmus (Dysenterie). Ende September heilte das Leiden. Aber er bekam nochmals Müdigkeit und leichtes Ödem an den Beinen, Herzklopfen und Wadenschmerz (Kakke). Er wurde zurückgeschickt und am 13. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Anämisch, abgemagert, das Gesicht ödematös. Er ist deprimiert, wortkarg, zeigt Hemmung der Assoziation und antwortet auf Fragen nur ungenügend.

Diagn.: Kakke-Depression (nach Dysenterie).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: fünf Monate.

Nach meiner Ansicht ist Kakke-Stupor symptomatisch ganz verschieden von Kakke-Depression. Beide haben nur wenig Gemeinsames. Beim ersten besteht nur Stupor, keine Depression, beim letzteren dagegen Depression mit Hemmungserscheinungen. Beide Formen sind vorläufig nur als Symptome von Kakke zu betrachten, nicht als selbstständige Krankheitsbilder. Über die Stellung von Kakke in der Psychiatrie kann man bis jetzt noch nichts sagen.

Weiter kann ich „Kakke-Agitation“ und „Kakke-Exaltation“ unterscheiden. Bei ersterer bemerkt man die Beschleunigung der Körperbewegung und der Ideenassoziation mit keiner ausgeprägten Verstimmung des Gefühllebens, bei letzterer dagegen Beschleunigung mit Verstimmung.

Fall 42: 25jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 3. Dezember 1902, ausmarschiert am 20. Oktober 1904. Er diente bei der „Belagerung von Port Arthur“ und nahm an der größten Schlacht in der Umgebung von Mukden teil. Mitte April 1905 litt er an Kakke (Beriberi), und anfangs Juni traten psychische Störungen ein. Er wurde geschwätzig, erregt und sang. Er wurde zurückgeschickt und am 17. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 18. VI. Man bemerkt leichte Agitation bei dem Patienten.

Diagn.: Kakke-Agitation.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sieben Monate.

Ausgang: Drei Wochen nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 43: 22jähriger Trainknecht.

Hereditäre Belastung: Es gab zwei Geisteskranke in seiner Verwandtschaft.

Anamn.: Angeworben am 31. Mai 1905, ausmarschiert am 8. Juni. Seit dem 8. Juli bekam er Appetitlosigkeit und Parästhesie an den Beinen. Am Mittag des 17. Juli ward er ausgelassen, erregt, klatschte in die Hände und sang laut; er ward ganz verworren. Damals waren die Kniereflexe schwach.

Stat. praes.: 13. 8. Exaltiert und erregt; Parästhesie an beiden Unterschenkeln.

Diagn.: Kakke-Exaltation.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: ein Monat.

Siemerling schreibt in dem Lehrbuch der Psychiatrie, daß bei Beri-Beri melancholische Stuporzustände häufiger als manische und halluzinatorische Erregungszustände auftreten. Sonst gibt es, soviel ich weiß, keine Arbeit über psychische Störungen bei Beri-Beri resp. Kakke, die im In- oder Ausland veröffentlicht ist. Ich kann nicht ohne weiteres entscheiden, ob Beri-Beri und Kakke ganz dieselben Krankheiten sind, aber ich glaube, daß sie wenigstens einander sehr ähnlich sind. Deshalb stimmt meine Erfahrung mit der Behauptung von Siemerling im allgemeinen überein, mit dem Unterschiede, daß ich Stupor und Depression als verschiedene Zustände einander gegenüberstelle.

4. Organerkrankungen.

Unter 14 Fällen von psychischen Störungen mit gleichzeitigen Organerkrankungen fand ich sechs mit Magendarmkatarrh (einschließlich

Dickdarmkatarrh), drei mit Syphilis, je einen mit Lungentuberkulose, Herzklappenfehler, Pleuritis und Nephritis. Sie waren teils veranlassende Ursachen für psychisch-nervöse Erkrankungen, teils nur Komplikationen.

Tabelle V.

	Organ-Erkraukungen						Summe
	Magendarm- (Dickdarm-) katarrh	Syphilis	Lungen-tuberkulose	Herzklappen-fehler	Pleuritis	Nephritis	
Melancholie	3	2	1	1	1		8
Manie						1	1
Neurasthenie	3						3
Dement. paral.		1					1
Summe	6	3	1	1	1	1	13

Als Beispiele führe ich folgende Fälle an:

Fall 44: 24jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 2. Juli 1905, ausmarschiert am 28. Am 10. August bekam er Unwohlsein, Kopfweh, Unterleibsschmerz, Kollern, dann folgte Durchfall. Bei der Untersuchung am 2. September zeigte er belegte Zunge, Hyperästhesie an der linken Fossa iliaca; er entleerte in einem Tage über zehnmal schleimigen mit wenig Blut gemischten Stuhl (Dickdarmkatarrh). Nach der Heilung des Darmleidens gegen Ende September blieben Abmagerung, Verstopfung, allgemeine Schwäche zurück, und es traten psychische Störungen auf. Der Patient zeigte ängstlichen Gesichtsausdruck, Depression und sprach langsam. Er ward zurückgeschickt und am 11. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Abgemagert, anämisch, Gesichtsausdruck traurig, depressiv; Patient spricht nur langsam, Assoziation gehemmt.

Diagn.: Melancholia simplex nach Dickdarmkatarrh.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwei Monate.

Fall 45: 23jähriger Krankenpfleger.

Anamn.: Schwächlich veranlagt. In seinem 20. Lebensjahre litt er an Gehirnkrankheit, welche nach Verlauf von acht Monaten heilte. Angeworben am 1. Dezember 1903, ausmarschiert am 24. Juni 1905. Am 29. August bekam er bei seinem Dienste plötzlich Ekelgefühl, Erbrechen, Leibweh und einige Male wässerigen Durchfall. Bei der Untersuchung am 15. September war der Bauch vertieft, Fossa iliaca beiderseits schmerzhaft bei leichtem Druck; der Patient entleerte täglich fünf- bis sechsmal gelblich-schwarzen schleimigen Stuhl (Dickdarmkatarrh). Außerdem bekam er Müdigkeit, Ekelgefühl, Appetitlosigkeit, Kopfweh und Schwindel; ab und zu Pollutionen. Ende September heilte das Darmleiden, und es blieben allgemeine Schwäche, Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit oder Schlaf mit vielen Träumen, Depression, Abstumpfung des Gedächtnisses und Denkvermögens zurück. Er wurde zurückgeschickt und am 6. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 8. X. Er klagt über Kopfweh, Schwere im Kopfe, ist depressiv, sucht die Stille auf und möchte sich ums Leben bringen. Er kann seine Aufmerksamkeit nicht auf einen Punkt konzentrieren (Zerstreutheit). Er schläft nicht gut, träumt viel; zwei- bis dreimal Pollutionen in zehn Tagen.

Diagn.: Neurasthenie nach Dickdarmkatarrh.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: drei Monate.

Fall 46: 30jähriger Offizier der Infanterie.

Anamn.: Im Februar 1903 erlitt er eine geschwürige Infiltration an der Eichel, die jedoch nach drei Wochen heilte. Seit Juni desselben Jahres diente er bei der Besatzung von Formosa. Im August fiel ihm sein Haar aus. Ein Militärarzt diagnostizierte ihn als syphilitisch und verordnete ihm die antisyphilitische Behandlung. Im Januar 1904 bekam er Schmerz an beiden Kniegelenken und wurde dabei auch antisyphilitisch behandelt. Seit Januar 1905 hatte er das Gefühl, als ob sein ganzer Körper eigentümlich stinke, besonders beide Oberschenkel. Im März kam er aus Formosa zurück. Nach abermaligem Ausmarsch am 12. April nahm er den Gestank stärker wahr und war darüber sehr traurig. Er wurde am 5. Mai von einem Militärarzt untersucht. Damals zeigten sich bei ihm Drüsenanschwellungen am Ellenbogen und dem Halse, traurige Gesichtszüge, Spracharmut, Energielosigkeit bei der Arbeit, Kopfweh, besonders am Hinterkopf, Schwindel, Schlaflosigkeit, Verstopfung und Verdauungsstörungen. Er erklärte betrübt, daß seine Syphilis schon absolut unheilbar geworden wäre. Der Depressionszustand blieb ein dauernder. Um zwei Uhr vormittags am 29. Mai brachte er sich mit seinem Säbel eine 13 cm lange, von der linken Mamillarlinie über den Nabel rechts laufende Hautwunde und eine 2 cm große, am vorderen Teile des Halses direkt unter dem Ringknorpel, von links oben nach rechts unten laufende, mit der Luftröhre nicht kommunizierende, spaltförmige Stichwunde bei. Er ward zurückgeschickt und am 17. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 17. VI. Gesichtsausdruck traurig: Depression, Assoziationshemmungen, Spracharmut, mangelhaftes Antworten auf Fragen.

Diagn.: Melancholia syphilidophobica (Selbstmordversuche).

Veranlass. Ursache: Syphilis.

Fall 47: 41jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Die Mutter war hysterisch.

Anamn.: In seinem 22. Lebensjahre litt er an Syphilis; im 25. verheiratete er sich und bekam vier Kinder. Er war nervös, kleinmütig und wurde ab und zu schwermütig, so daß er ganze Tage in seinem Zimmer in Gedanken versunken zubrachte. Angeworben im Januar 1905. Seit dem baldigen Ausmarsch nach Formosa im Februar wurde er depressiv, sprach nichts mit anderen und versuchte Selbstmord durch einen Stich am Halse. Bei der Untersuchung am 30. Mai zeigte er traurigen Gesichtsausdruck mit Runzeln zwischen beiden Augenbrauen; sein Bewußtsein war mit starken Unlustgefühlen erfüllt: Ideenassoziationen sind erschwert. Man wies auch dabei Drüsenanschwellung am Halse, den Ellenbogen und in der Leistengegend nach. Er ward zurückgeschickt und am 15. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 20. VIII. Gesichtsausdruck traurig, gerunzelt zwischen beiden Augenbrauen. Er setzt sich nieder und legt beide Hände auf die Knie. Er spricht nicht, schläft wenig und ißt nur auf Zureden.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Von dem Ausmarsch bis zur Erkrankung: weniger als ein Monat.

Komplikation: Syphilis.

Fall 48: 27jähriger Militärapotheker.

Anamn.: Seit einem Jahre bekam er Husten und Auswurf. Nach dem Ausmarsch wurde er am 5. Juli 1905 untersucht. Damals war die rechte Lungenspitze resistent, die Exspiration verlängert und rauh; man hörte bei tiefem Einatmen Rasselgeräusche. Um den 8. Juli ward er irrsinnig und versuchte Selbstmord. Er ward zurückgeschickt und am 21. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 25. VI. Depression, Spracharmut, Assoziationshemmungen, Selbstmordneigung.

Diagn.: Melancholie bei Lungentuberkulose (Selbstmordversuche).

Fall 49: 26jähriger Trainknecht.

Anamn.: In seinem 15. Lebensjahre litt er an akutem Gelenkrheumatismus, welcher nach einem Jahre heilte. Angeworben am 9. April 1904, ausmarschiert am 9. Mai. Nach einem langen Marsche bekam er eines Tages starkes Herzklopfen und Angstempfindung an der Herzgrube. Man fühlte damals ein systolisches Zittern in der Mamillarlinie und konstatierte durch die Perkussion, daß die rechte Grenze der Herzdämpfung in der linken Sternallinie, die linke Grenze links von der Mamillarlinie und die obere im dritten Interkostalraum liege. Der zweite Pulmonalton war akzentuiert und an der Herzspitze hörte man auch ein systolisches Geräusch: Insuffizienz der Mitralklappen. Er wurde zurückgeschickt und am 26. Juni 1905 ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen. Bald zeigten sich bei ihm depressive und Hemmungserscheinungen. Seit Anfang Juli war er sehr furchtsam und behauptete, das Gerücht sei schon sehr verbreitet, daß er ein russischer Spion sei und deshalb bald mit dem Tode bestraft werden solle. Gehörshallusinationen?

Stat. praes.: 9. VII. Bewegungshemmung; leichte Depression.

Diagn.: Melancholia simplex bei Insuff. der Mitralklappen.

Von dem Ausmarsch bis zur Erkrankung: 13 Monate.

Fall 50: 23jähriger Artillerist.

Anamn.: Angeworben am 25. Juli 1904, ausmarschiert am 21. Dezember. Ende April 1905 erkältete er sich durch den strengen Nachtdienst und bekam Frostgefühl, Fieber, Kopfweh, Kopfschwere, Schwindel, Schmerz an der linken Seite des Brustkorbes, Husten, Auswurf, belegte Zunge und schlechten Appetit. Man konnte damals objektiv durch die Perkussion den erhöhten Widerstand vorn, von der sechsten Rippe ab, und die Dämpfung hinten, vom unteren Winkel des Schulterblattes ab, nachweisen. Das Atemgeräusch war vorn, von der fünften Rippe ab, schwach, hinten erloschen: Pleuritis acuta sinistra. Er ward zurückgeschickt und am 26. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen. Seit dem 30. Mai wurde er irrsinnig und äußerte einige Verfolgungsideen. Er behauptete weinend, daß er gegen die militärische Disziplin gefehlt habe und deswegen zum Tode verurteilt werden müsse. Er glaubte auch schon „tot zu sein“. Versündigungswahn.

Stat. praes.: 4. VI. Gesichtsausdruck traurig, depressiv, selbstbeschuldigend; Versündigungswahn. Er wünscht zu sterben.

Diagn.: Melancholie bei Pleuritis exsudativa (Versündigungswahn).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: fünf Monate.

Fall 51: 32jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 16. Juni 1904, ausmarschiert am 1. August. Bei der Schlacht von Schaho am 14. Oktober wurde ihm das linke Kniegelenk durchschossen. Seit dem 22. Oktober bekam er auch Kopfweh, Fieber und Husten; man hörte dabei rauhe Atemgeräusche, Pfeifen und Rasselgeräusche. Er wurde zurückgeschickt, am 29. November ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen und

dann am 6. Dezember ins Reservelazarett Himeji geschickt. Damals hatte er 108 Pulsschläge, 26 Atemzüge, Gesicht und Füße waren ödematös, der Herzspitzenstoß nach rechts gerückt, das Kniegelenk links ankylotisch in 120°, die Unterschenkel beiderseits abgemagert; man konstatierte dabei auch Herzgeräusch, leichte Dämpfung außerhalb der rechten Mamillarlinie, Schwäche der Atemgeräusche und Albuminurie.

22. XII. Örtlich unorientiert, keine Erinnerung an Verwundung und Erkrankung.

28. I. 05. Um 11 Uhr vormittags wurde er plötzlich tobsüchtig, warf mit Gegenständen um sich, biß in Kleider, lachte und zürnte, sang laut und war immer geschwätzig.

Stat. praes.: 5. II. Abgemagert, anämisch, geschwätzig; man kann keinen logischen Zusammenhang in seinen Gesprächen finden. Verworrenheit. Die Körperbewegung ist gesteigert, sehr unruhig im Bett. Tobsucht.

Diagn.: Manie bei Nephritis.

Ausgang: 8. II. Alle psychischen Symptome sind schon vorübergegangen. Erinnerung vorhanden. Zwei Wochen nach der Erkrankung erfolgte bedeutende Besserung.

5. Alcoholismus acutus.

Der gewöhnliche oder physiologische Rausch besteht bekanntlich in den meisten Fällen darin, daß ein Exaltationszustand mit Beschleunigung der Ideenassoziation und der Körperbewegung auftritt. Im späteren Stadium, besonders nach längerem Trinken, stellen sich Sprachstörungen, Unsicherheit des Ganges und der Körperbewegung, Verwirrtheit mit einzelnen Sinnestäuschungen ein. Die zum Rausch nötige Menge eines Getränkes, die Arten und die Schwere der Erscheinungen sind von der Konstitution der betreffenden Person abhängig. Der physiologische Rausch dauert einige Stunden, höchstens einen Tag. Mit dem Verschwinden des Alkohols im Körper, gewöhnlich nach mehrstündigem Schlaf, läßt er allmählich nach. Nach sehr heftigem Rausch bleibt Amnesie zurück.

Der pathologische Rausch tritt häufig bei hereditär Belasteten, bei Epileptischen, Hysterischen, Neurasthenischen und bei denjenigen, welche durch Kopfverletzungen, Erkrankungen des Gehirns, akute fieberhafte Krankheiten usw. widerstandsunfähig geworden sind, auf. Bei allen diesen zeigen sich manchmal schon nach dem Genuß von geringer Alkoholmenge sehr heftige und länger andauernde Rauschzustände.

Erscheinungsformen des pathologischen Rausches sind transitorische Melancholie, transitorisches halluzinatorisches Irresein, meistens aber transitorische Tobsucht. Sie dauern gewöhnlich einige Stunden bis einige Tage, mit oder ohne Amnesie. Sie sind alle insoweit durch akute Alkoholvergiftung bedingt, als bei Patienten kein körperliches oder psychisches Zeichen von Alkoholismus chronicus nachzuweisen ist.

Im Kriege wird der Mangel an Nahrung häufig durch Alkohol (Sáke) ersetzt. — Auch der chronische Alkoholmißbrauch kommt sehr oft vor. Alkohol wirkt bekanntlich besonders schädlich, wenn der Körper durch irgendwelche Ursache, z. B. Überanstrengung, schon geschwächt ist. Dadurch können bei den Kriegsteilnehmern pathologische Rauschzustände leicht eintreten. Unter den fünf Fällen, welche ich diesmal beobachtete, waren zwei melancholische und drei manische. Sie heilten alle nach einer Woche bis einem Monat.

Als Beispiele teile ich folgende Fälle mit:

Fall 52: 33jähriger Offizier der Infanterie.

Anamn.: Er ist Trinker, bekam zuweilen, besonders nach starkem Trinken, Kopfweh, Schwere im Kopfe, Benommenheit und Vergeßlichkeit. Seit dem 11. Februar 1905 strengte er sich körperlich und geistig übermäßig an. Ungefähr seit dem 10. März bekam er Kopfweh und ein Gefühl von Eingenommensein. Ungefähr seit dem 24. März trat Depression mit hochgradiger Schlaflosigkeit ein. Nichtsdestoweniger gab er bei solchem krankhaften Zustande niemals das Trinken auf. Ja, er trank sogar am 29. März die ganze Nacht hindurch, ohne zu schlafen. Dadurch bekam er wieder Kopfweh, Eingenommensein, Appetitlosigkeit und Verstopfung. Heftige Depression stellte sich bei ihm ein; er bereute frühere Handlungen und wollte sich töten. Er wurde am 30. März ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

3. IV. Er sagt, daß ein Hauptmann in sein Zimmer eingetreten sei (Gehörshalluzination).

5. IV. Er suchte eine Pistole und versuchte, mit einem Gürtel sich zu erdrosseln. An diesem Tage wurde er ins Reservelazarett Himeji geschickt.

Stat. praes: 9. IV. Kopfweh, Schwere im Kopfe, Schlaf- und Appetitlosigkeit. Depression und träge Körperbewegung.

Diagn.: Alkoholpsychose (Depression). Nervöse Grundlage?

Ausgang: Ungefähr 20 Tage nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 53.: 30jähriger Krankenpfleger.

Anamn.: Ausmarschiert am 8. Juni 1905. Am 24. Juli begleitete er Kranke von Mukden nach Liaujang und trank bei der Rückkehr zuviel. Er wurde dadurch ausgelassen, erregt, geschwätzig und schlaflos. Seit dem 31. Juli wurde der Zustand ganz anders: Der Kranke war depressiv, wortkarg und in tiefe Gedanken versunken. Er versuchte sich zu töten. Er wurde zurückgeschickt und am 9. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 13. VIII. Parästhesie an den Beinen, Herzklopfen, sonst keine besondere Störung.

Diagn.: Alkoholpsychose (Depression). Nervöse Grundlage? Geheilt.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: ein Monat.

Ausgang: Drei Wochen nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 54: 31jähriger Trainknecht.

Hereditäre Belastung: Sein Vater ist an einer Gehirnkrankheit gestorben.

Anamn.: Er ist Potator. Ausmarschiert am 28. Juni 1905. Um drei Uhr nachmittags am 10. Oktober trank er sehr viel Sáke mit Bier und wurde um sechs Uhr tobsüchtig. Er zeigte damals Sprachstörung und klagte über Angst in der Brust. Er wurde zurückgeschickt und am 27. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 29. X. Man findet keine Störung.
Diagn.: Alkoholpsychose (maniakalische Erregung). Jetzt schon genesen. Vom Ausmarsch his zur Erkrankung: drei Monate.
Ausgang: Er soll eine Woche nach der Erkrankung geheilt gewesen sein.

6. Kopfverletzung.

Fälle von Kopfverletzung, deren genaues Studium neurologisch wie psychiatrisch von großem Interesse ist, sind natürlich im Kriege häufig. Leider konnte ich in meinem beinahe einjährigen Dienst nur einige Fälle von nervös-psychischen Störungen nach Kopfverletzung beobachten, weil die Verwundeten vorläufig in der chirurgischen und medizinischen Abteilung, nicht in der psychiatrischen behandelt wurden. Ich führe zwei Fälle davon als Beispiele an:

Fall 55: 24jähriger Infanterist.

Anamn.: Nach dem Ausmarsch bekam er bei der Schlacht in der Umgebung von Liaujang am 30. August 1904 eine Schußwunde, welche vom oberen Teile der linken Stirnscheitelnaht durch den oberen Rand des linken Scheitelbeins ging und 6 cm lang war. Er wurde deswegen zurückgeschickt und am 23. September ins Reservelazarett Hiroschima, dann am 12. Oktober ins Reservelazarett Himeji aufgenommen.

26. XI. Rechtsseitige Hemihypästhesie, Schwäche des rechtsseitigen Faustschlusses.

7. I. 05. Ein Schmerzpunkt auf der Frontalparietalnaht, rechtsseitige Hemihypästhesie, besonders an der inneren Fläche des Oberschenkels, Kopfweh, Schwindel, Schlaflosigkeit, Unruhe.

17. I. Schlaflos, unruhig, reizbar; er singt, ist zornig, weint, tobt. Bauchdecken- und Kniereflexe stark gesteigert.

Stat. praes.: 25. I. Patient ist leicht exaltiert, geschwätzig, munter, antwortet auf Fragen ganz deutlich. Die Muskelkraft des rechten Armes ist etwas geschwächt. Pupillenreaktionen und Patellarreflexe sind normal.

Diagn.: Manie nach Kopfverletzung.

Fall 56: Ein 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Nach dem Ausmarsch beteiligte er sich an mehreren Schlachten. Bei der Schlacht in der Umgebung von Liaujang am 30. August 1904 bekam er eine Schußwunde durch den Kopf und wurde dadurch benommen. Die Eintrittswunde lag an der rechten Stirn, 2 cm über dem äußeren Ende der Augenbraue, und war kleinfingerspitzengroß. Die Austrittsstelle lag einige Zentimeter vor der Protuberantia occip. ext. und war ebenso groß wie die Eintrittswunde. Bei der Untersuchung am 1. September waren die rechtsseitigen Augenlider etwas ödematös, Conjunctiva bulbi war injiziert und die Sehschärfe herabgesetzt.

3.—7. IX. Comatös, Puls frequent und klein, rechte Pupille erweitert.

25. IX. Kopfweh, schlafsüchtig.

15. X. Aufgenommen ins Reservelazarett Hiroschima.

21. X. Aufgenommen ins Reservelazarett Himeji. Rechtsseitige Hemihypästhesie; rechte Pupille erweitert, reagiert träge; die Sehschärfe des rechten Auges herabgesetzt. Sehnenreflexe normal.

15. XI. Die Sehschärfe des rechten Auges stark gestört, Patient kann nicht die Finger vor dem Auge zählen.

Stat. praes.: 1. III. 1905. Starke Amblyopie des rechten Auges, die rechte Pupille erweitert. Patient kann nicht den Mund weit öffnen und die Zunge lang herausstrecken. Die Muskelkraft des rechten Armes schwach und der Bewegungsumfang desselben verkleinert. Er klagt über Kopfweh, Schwere im Kopfe, ist reizbar und zum Zorn geneigt. Sonst keine psychische Störung.

Diagn.: Organische Stirnverletzung mit Herdsymptomen und nervösen Störungen.

7. Heredität.

Das Vorhandensein von hereditärer Belastung konnte ich nur bei wenigen Fällen konstatieren, bei den meisten war es nicht nachzuweisen.

Tabelle VI.

Krankheitsformen	Hereditäre Belastung		Summe
	Vorhanden	nicht nachzuweisen	
Melancholie	9	50	59
Manie	4	31	35
Manisch - Depress. und circul. Irresein	1	3	4
Wahnsinn und Delirium . .	1	10	11
Paranoia	1	4	5
Neurasthenie	6	38	44
Hysterie	—	4	4
Alcohol. acutus	1	4	5
Beri-Beri-Psychosen	1	11	12
Dement. paralyt.	—	9	9
Dement. Praecox	3	5	8
Angeborener Schwachsinn . .	—	15	15
Summe	27	184	211

8. Alter der Erkrankung.

Die größte Morbiditätsziffer fällt auf das 23. Lebensjahr, dann auf das 24., 22., 25., 26. und 27. in absteigender Ordnung. Das Alter von 22—24 Jahren entspricht gerade der Zeit des dreijährigen aktiven Militärdienstes, das vom 25. Jahre ab der Zeit des inaktiven. Die Inaktiven sind alle im Krieg früher oder später wieder angeworben worden. Nach meiner Erfahrung sind also Kriegspsychosen in früheren, d. h. aktiven Dienstjahren häufiger als in späteren, „inaktiven“.

Tabelle VII.

Alter der Erkrankung	Krankheitsformen												Summe
	Melancholie	Manie	Manisch-Depress. u. circul. Irresein	Wahnsinn und Delirium	Paranoia	Neurasthenie	Hysterie	Alcohol. actus	Beri-Beri-Psychosen	Dement. paralyt	Dement. praecox	Angeborener Schwachsinn	
21	1	2				1					2		6
22	6	4	1			5			2		2		20
23	13	4	1	1		11			2	1	3		36
24	5	7	1	1		4			2	1			21
25	7	3				1		1	2	2			16
26	4	5			1	2			1				13
27	6	1	1	1		3	1						13
28	2			3		2	1			1	1		10
29	2	2				4							8
30	5	1		1			1	1	1				10
31—35	3	1		2	1	11	1	2	2	1			24
36—41	4	3		1	3			1		3			15
unbekannt	1	2		1								15	19
Summe	59	35	4	11	5	44	4	5	12	9	8	15	211

9. Waffengattungen.

Nach den Waffengattungen sind bei meinen Beobachtungen Infanteristen am häufigsten erkrankt, danach Trainknechte. Die Zahl dieser beiden Gruppen ist höher als die der anderen Waffengattungen.

Tabelle VIII.

Truppengattungen	Krankheitsformen												Summe
	Melancholie	Manie	Manisch-Depress. u. circul. Irresein	Wahnsinn und Delirium	Paranoia	Neurasthenie	Hysterie	Alcohol. acutus	Beri-Beri-Psychosen	Dement. paralyt	Dement. praecox	Angeborener Schwachsinn	
Offiziere und Unteroffiziere	5	2		1	1	6		1					16
Infanteristen	27	14	2	3	4	16	3		3	4	6	1	83
Kavalleristen						4							4
Artilleristen	3	2				1				1			7
Pioniere	3	2				1							6
Trainknechte	15	9	1	3		7	1		7	4		2	49
Krankenpfleger	2	2		1		5		2			2		14
Sonstige	4	4	1	3		4		2	2			12	32
Summe	59	35	4	11	5	44	4	5	12	9	8	15	211

Allerdings erscheinen meine Zahlen zu klein, um bestimmte Schlüsse in dieser Richtung zu ziehen. Über die relative Häufigkeit der Geisteskranken bei einzelnen Waffengattungen kann ich nichts mitteilen. Im allgemeinen haben Offiziere und Unteroffiziere relativ mehr an psychischen Krankheiten gelitten, als gemeine Soldaten.

II. Zeitdauer vom Ausmarsch bis zur Erkrankung.

Unser Krieg dauerte ein Jahr und neun Monate, d. h. vom Februar 1904 bis Oktober 1905. Manche Teilnehmer erkrankten schon einen Monat nach dem Ausmarsch, andere erst gegen Ende des Krieges. Die meisten Fälle kamen in den ersten sechs Monaten nach dem Ausmarsch vor. Mit der Dauer des Krieges nahmen sie allmählich ab, so daß ein Jahr nach dem Ausmarsch bedeutend weniger Kriegsteilnehmer psychisch erkrankten. Aber auch schon vor dem Ausmarsch erkrankten nicht wenige daheim. Meine Erfahrung steht deshalb nicht in Einklang mit dem Schlusse, zu welchem der Verfasser der „Kriegspsychosen 1870/71" kam. Dieser Schlußsatz lautet: „Eine mäßige Vermehrung der Geisteskranken in der Armee während der Dauer der kriegerischen Ereignisse kann mit vieler Wahrscheinlichkeit gefolgert werden."

Tabelle IX.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung	Krankheitsformen												Summe
	Melancholie	Manie	Manisch-Depress. u. circul. Irresein	Wahnsinn und Delirium	Paranoia	Neurasthenie	Hysterie	Alcohol. acutus	Beri-Beri-Psychosen	Dement. paralyt	Dement. praecox	Angeborener Schwachsinn	
Vor dem Ausmarsch	7	3		1		6		1			5		23
bis 1/2 Jahr	16	14	2	1		12	1	3	3	3	1		56
1/2 bis 1 Jahr	9	7	1	3		10	1	1	5	2	1		40
mehr als 1 Jahr	10	5		3	1	5			1				25
unbekannt	17	6	1	3	4	11	2		3	4	1	15	67
Summe	59	35	4	11	5	44	4	5	12	9	8	15	211

III. Ausgänge.

Über die Ausgänge der von mir beobachteten Fälle kann ich nichts Genaueres mitteilen, weil ich viele Fälle nicht länger beobachten konnte. Nur bei wenigen Fällen ist der weitere Verlauf bekannt, bei den meisten anderen ganz unbekannt.

Tabelle X.

	Melancholie	Manie	Maniach-Depress. u. circul. Irresein	Wahnsinn und Delirium	Paranoia	Neurasthenie	Hysterie	Alcohol. acutus	Beri-Beri-Psychosen	Dement. paralyt	Dement. praecox	Angeborener Schwachsinn	Summe
Heilung . . .	8	3		5		5	1	5	2				29
Besserung . .	5	5				2	1						13
Tod. . . .	1					1				1	1		4
unbekannt . .	45	27	4	6	5	36	2		10	8	7	15	165
Summe	59	35	4	11	5	44	4	5	12	9	8	15	211

IV. Formen der Erkrankung.

Nach den Sanitätsberichten der deutschen Armee scheinen im Frieden Melancholie und Paralyse am häufigsten vorzukommen. W. Sommer nimmt auch mit Recht an, daß beim Militär die Melancholie die häufigste Form der frisch entstandenen Geistesstörungen ist. Nasse fand unter 27 Fällen nach dem Feldzuge 1870/71: Tobsucht sechs-, Melancholie neun-, Wahnsinn vier-, Blödsinn fünf- und Paralyse dreimal. Löcher beobachtete auch unter 33 in demselben Kriege erkrankten Soldaten zehn- Melancholie, acht- Manie, neun- sekundäre Seelenstörung und sechsmal Dementia paralytica. Jolly hingegen schrieb in seinem „Feldbrief aus Frankreich“, daß er Manie, Dementia paralytica und Verfolgungswahn genügend oft, dagegen keine Melancholie beobachtet habe. Unter 211 Fällen in unserm Kriege fand ich, wie Tabelle I zeigt, fast alle Formen von psychischen Erkrankungen: 59 von Melancholie, 35 von Manie, 44 von Neurasthenie, acht von Dementia paralytica usw.

1. Melancholie.

Unter den 59 Fällen von Melancholie zeigten sich nach der Tabelle I sieben durch bedeutende Überanstrengung, sieben durch Erschöpfung nach Typhus abdom., drei durch die nach Influenza und zwei durch die nach Pneumonie usw. bedingt. Durch akute Alkoholvergiftung kamen zwei melancholische Fälle vor, und vier angeboren Schwachsinnige litten ebenfalls an Melancholie. Außerdem wären noch zehn Fälle zu berücksichtigen, wenn ich die Fälle von „Kakke-Stupor“ und „Kakke-Depression“ zusammen als melancholische Stuporzustände mit einbegreifen dürfte. Diese drei Arten von Fällen, d. h. Fälle durch Alkoholvergiftung, bei Schwachsinn und Kakke, sind nicht mitgerechnet

nnd in der Tabelle I eingeklammert. Bei den anderen 28 Fällen konnte ich keine bestimmte Ursache finden.

Was das Lebensalter anbetrifft, so ist das 23. Jahr am häufigsten von der Melancholie heimgesucht, dann das 25., 22., 27., 24., 30. nsw. in absteigender Ordnnng. Die Zahlen vermindern sich also nicht entsprechend dem höheren Alter. Allerdings kann man hierans keine weiteren Schlüsse ziehen.

Nach den Waffengattnngen fällt die größte Zahl anf Infanteristen, danach anf Trainknechte. Offiziere und Unteroffiziere haben relativ mehr an Depressionszuständen gelitten (s. o.).

Die Zeitdauer vom Ausmarsch bis znr Erkranknng schwankt zwischen einem nnd 17 Monaten nach dem Ausmarsch. Die meisten erkrankten in den ersten sechs Monaten, aber anch nicht wenige schon daheim vor dem Ausmarsch (s. o.).

Die Symptome von Melancholie bei Soldaten unterscheiden sich nicht von denen bei andern Personen: Der Kranke ist schlaf- nnd appetitlos, deprimiert, wortkarg, zeigt Hemmnng der Ideenassoziation und Körperbewegung, spricht langsam, antwortet anf Fragen mangelhaft nnd weint. Bei elf Fällen traten dentliche Versündigungswahnideen und bei 16 Selbstmordversuche anf. Sinnestänschnngen waren sehr selten. Im allgemeinen war die Melancholie bei Soldaten nicht hochgradig, sie schien in mehreren Fällen nach einigen Monaten zurücktreten.

Außer den oben gegebenen Fällen: 1—5, 12—15, 22, 24—26, 44, 46—50 und 52 teile ich noch folgende mit:

Fall 57: 21jähriger Unteroffizier der Infanterie.

Anamn.: Nach der Teilnahme an mehreren Schlachten erlitt er am 30. August 1904, nm 5 Uhr nachmittags, bei der Schlacht in der Umgehnng von Lianjang eine leichte Verletzung des linken äußeren Orbitalrandes durch das Bruchstück einer Kanonenkugel. Dadurch ward er somnolent, dämmerhaft; er wurde zurückgeschickt, am 29. September ins Reservelazarett Osaka aufgenommen und dann weiter ins Reservelazarett Himeji geschickt. Bei der Anfnahme war er somnolent, tränmerisch, schwerhörig, sprach undentlich, antwortete auf Fragen nur wenig und klagte über Kopfweh. Darnach war sein geistiger Zustand bald besser, bald schlimmer, immer nnbeständig.

23. XII. Gegenstände schienen ihm undentlich, wie mit Wolken bedeckt zu sein.

25. XII. Untersnchung in der Augenklinik: Beide Sehnervpapillen blaß, zentrale Vertiefungen breit und seicht, Maculae luteae normal, die rechte Pupille nicht reagierend. Anfangsstadium der Sehnervenatrophie?

29. XII. Schwerhörig.

2. II. 05. Die Ergebnisse der Ohrenuntersnchung: Die Trommelfelle sind diffus getrübt, zeigen stellenweise kleine Blutflecke.

Stat. praes.: 19. II. Seit einigen Tagen irrsinnig, Gesichtsausdruck stumpf, Antworten auf Fragen sehr verlangsamt, Körperbewegungen erschwert. Er bereut frühere Vergehen, die er gar nicht begangen hat, und klagt sehr betrübt, daß

seine ganze Familie wegen seiner großen Sünden zur Todesstrafe verurteilt worden sei (Versündigungswahn).

Diagn.: Melancholie (Versündigungswahn) nach Hirnerschütterung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

Fall 58: 31jähriger Unteroffizier der Artillerie.

Anamn.: Angeworben am 6. Mai 1904, ausmarschiert Ende Juni. Seit Anfang Mai 1905 war er geisteskrank. Er zeigte Versündigungsideen und fürchtete, daß man ihn meuchlings erschießen würde. Sein Benehmen war sehr unruhig. Er behauptete, daß er ein Mörder sei und erkundigte sich oft nach dem Termin, wann er mit dem Tode bestraft werden würde: Versündigungswahn. Der Gesichtsausdruck war damals traurig, Gehörshallnzinationen waren auch vorhanden. Er ward zurückgeschickt und am 4. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 11. VI. Man findet keine krankhafte Erscheinung mehr.

Diagn.: Melancholie (Versündigungswahn); aber jetzt schon genesen.

Von dem Ausmarsch bis zur Erkrankung: zehn Monate.

Ausgang: Die Heilung erfolgte einen Monat nach der Erkrankung.

Fall 59: 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 12. September 1904, ausmarschiert am 18. November. Er beteiligte sich Ende Dezember an der sehr heißen Schlacht um die Niryosan-Festung bei Port Arthur. Nach der Übergabe der Festung von Port Arthur anfangs Januar 1905 marschierte er weiter nach Norden aus und beteiligte sich anfangs März an der größten Schlacht von Mukden. Nachher machte er noch verschiedene kleinere Schlachten mit. Seit Anfang August traten nervöse Symptome auf, welche immer schlimmer wurden. Seit September wurde er deprimiert, zeigte traurigen Gesichtsausdruck, war beinahe stumm und weinte zuweilen. Er behauptete, daß er von den Kameraden als Feigling verachtet und mit Füßen getreten würde; er ging nämlich in der Schlacht in der Umgebung von Mukden etwas zurück, was eigentlich kein Vergehen ist. Auf Fragen gab er nur dürftige Antworten. Er ward zurückgeschickt und am 21. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 24. IX. Gesichtsausdruck traurig, depressiv, Ideenassoziation gehemmt, Körperbewegung träge, stumm.

Diagn.: Melancholie (Selbstunterschätzung).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: neun Monate.

Fall 60: 23jähriger Artillerist.

Anamn.: Angeworben am 28. November 1904, ausmarschiert am 11. August 1905. Nach der Erkrankung wurde er zurückgeschickt und am 16. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: Gesichtsausdruck traurig, Körperbewegung träge, Stimme leise; er spricht nur langsam. Er grübelt über harmlose Handlungen früherer Zeit, behauptet, daß dies alles Sünden seien und wartet auf die Todesstrafe.

Diagn.: Melancholie (Versündigungswahn).

Fall 61: 28jähriger russischer Infanterist.

Anamn.: Seit vier Jahren diente er bei der Besatzung von Port Arthur. Vor zwei Jahren gewann er dort 4000 Mark durch unberechtigten Alkoholhandel. Aus Gewissensbissen und Furcht vor Entdeckung verbrannte er das ganze Geld. Seitdem war er periodisch irrsinnig. Bei der Übergabe der Festung Port Arthur anfangs Januar 1905 ward er gefangen, nach Japan geschickt und in die Gefangenenanstalt Himeji aufgenommen. Gegen Ende März ward er depressiv, wollte entfliehen, machte Suicidversuche, indem er oft den Kopf an irgendeinen harten

Gegenstand stieß und sich auch in die Hände biß. Deshalb ward er sogleich ins Reservelazarett zu Himeji aufgenommen.

Stat. praes.: 26. III. Der Gesichtsausdruck ist traurig; der Patient scheint sehr ängstlich zu sein, seufzt oft, fastet, ist wortkarg und schlaflos. Er stößt den Kopf an Säulen, beißt sich in die Hände und verletzt seinen Körper mit Glassplittern. Er versucht auf alle Arten, sich selbst zu töten und bittet jedermann, ihm den Hals abzuschneiden. Sehr geneigt zum Entfliehen.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Fall 62: 24jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 14. Februar 1905, ausmarschiert am 8. März. Seit Anfang April war er sehr müde, abgemagert, die Zunge war belegt, er hatte Kopfweh, war schlaf- und appetitlos und versuchte Selbstmord. Er ward zurückgeschickt und am 10. Mai in das Reservelazarett Hiroschima aufgenommen. Am nächsten Morgen biß er sich die Zungenspitze ab.

Stat. praes.: 14. V. Starke Depression und deutliche Assoziationshemmung. Er spricht gar nicht.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: ein Monat.

Fall 63: 29jähriger Quästurassistent.

Anamn.: Angeworben am 23. März 1904, ausmarschiert am 10. Januar 1905. Er diente bei der Kriegseisenbahnverwaltung. Seit Anfang Juli bekam er Kopfweh, Schwere im Kopfe, Müdigkeit. Diese Erscheinungen wurden immer schlimmer Bei der Untersuchung am 4. August konstatierte man heftigen Kopfschmerz, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Verstopfung, Depression, Spracharmut. Der Kranke versuchte auch Selbstmord. Er ward zurückgeschickt und am 11. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes: 13. VIII. Depressiv, Ideenassoziation gehemmt, wortkarg, spricht mit gedämpfter Stimme.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sechs Monate.

Fall 64: 38jähriger Infanterist.

Anamn.: Nach dem Ausmarsch ward er ungefähr seit Mitte Juni 1905 depressiv, wortkarg und führte zuweilen Selbstgespräche. Mitten in der Nacht vom 17. Juli versuchte er Selbstmord durch einen Schuß, der fehlging. Seitdem wünschte er immer zu sterben. Er aß Menschenkot und Gras. Er ward zurückgeschickt und am 23. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 27. VIII. Antworten auf Fragen sehr mangelhaft, Körperbewegungen erschwert, träge; Selbstmordversuche.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Fall 65: 31jähriger Pionier.

Anamn.: Angeworben am 11. März 1904, ausmarschiert am 6. Juni. Anfang August 1905 ward er depressiv, beschuldigte sich, daß er eine große Missetat verübt hätte; er wünschte zu sterben und versuchte in der Nacht zu entfliehen. Außerdem klagte er über Schlaflosigkeit, Eingenommensein, Schwindel, Ameisenkriechen im Gesicht, Funkensehen und Ohrensausen. Er ward zurückgeschickt und am 21. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 27. VIII. Depression, Assoziationshemmung, leise Stimme. Er antwortet auf Fragen sehr mangelhaft und spricht ganz kurz und nur bruchstückweise, nicht zusammenhängend. Er ißt nicht, schläft wenig, sucht sich zu töten.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Fall 66: 23jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Mutter und Großmutter waren geisteskrank.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1903, ausmarschiert am 23. Mai 1904. Er beteiligte sich an mehreren Schlachten. Bei der größten „Schlacht von Mukden" am 5. März 1905 wurde ihm die linke Hand durchschossen. Er wurde zurückgeschickt und am 26. März ins Reservelazarett Himeji aufgenommen. Ungefähr seit dem 20. August zeigte er Depression und schlechten Appetit. Am 28. August versuchte er sich in einem Brunnen zu ertränken, wurde aber sofort gerettet.

Stat. praes.: 30. VIII. Er zeigte leichte Depression, klagt über Druckgefühl an der Stirn. Er bittet möglichst schnell vor das Militärgericht geführt zu werden, denn er glaubt, daß er ein großer Sünder sei.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche, Versündigungswahn).
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 15 Monate.

Fall 67: 27jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Die Mutter irrsinnig; sieben Geschwister der Mutter alle nicht normal, darunter zwei geisteskrank und eins angeboren schwachsinnig.

Anamn.: Angeworben am 22. April 1904. Nach dem Ausmarsch im Januar 1905 beteiligte er sich an mehreren Schlachten. Am 25. Juni ward er irrsinnig; er behauptete, daß er am nächsten Dage mit dem Tode gestraft würde und wollte sich lieber vorher töten. Er war unruhig und schlief nicht. Seit dem 20. Juli besserte sich sein Zustand einmal, aber am 7. September ward er wieder irrsinnig, zweifelsüchtig und unruhig. Er beschuldigte sich und wünschte zu sterben. Er wurde zurückgeschickt und am 27. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 1. X. Ideenassoziation gehemmt, Körperbewegung träge.
Diagn.: Melancholie (Selbstmordneigung).
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sechs Monate.
Ausgang: Drei Monate nach der Erkrankung erfolgte bedeutende Besserung.

2. Manie.

Unter den 35 Fällen von Manie zeigten sich nach der Tabelle I fünf durch bedeutende Überanstrengung, vier durch Erschöpfung nach Typhus abdom., zwei durch die nach Pneumonie usw. bedingt. Durch akute Alkoholvergiftung kamen drei manische Fälle vor, und zwei angeboren Schwachsinnige litten auch an manischen Erregungen. Außerdem müßte ich noch zwei Fälle dazu rechnen, wenn ich je einen Fall von „Kakke-Agitation" und „Kakke-Exaltation" als manische Erregungszustände einreihen dürfte. Diese drei Arten von Fällen, d. h. solche durch Alkoholvergiftung, bei Schwachsinn und Kakke, sind nicht dazu gerechnet und in der Tabelle I eingeklammert. Bei anderen 20 Fällen konnte ich keine bestimmte Ursache nachweisen.

Was das Lebensalter der Erkrankung betrifft, so ist das 24. Jahr am häufigsten von der Manie heimgesucht, dann das 26., 22., 23. usw. in absteigender Ordnung (s. o.).

Nach den Waffengattungen fällt die größte Zahl auf Infanteristen, danach auf Trainknechte (s. o.).

Die Zeitdauer vom Ausmarsch bis zur Erkrankung schwankt zwischen einem und 16 Monaten. Die meisten erkrankten in den ersten sechs Monaten nach dem Ausmarsch, aber auch nicht wenige schon daheim vor dem Ausmarsch (s. o.).

Die Symptome von Manie äußern sich bei den Soldaten in gleicher Weise wie bei andern Personen. Der Kranke ist exaltiert, agitiert, geschwätzig, lebhaft, unruhig, schlaflos. Zuweilen treten Größenideen bei ihm auf, aber hochgradige Tobsucht kommt nur selten vor. Die Mehrzahl der Fälle schien nach einigen Monaten allmählich in Heilung überzugehen.

Außer den schon oben gegebenen Fällen: 6—8, 16, 17, 23, 51 und 56 gebe ich noch folgende als Beispiele:

Fall 68: 25jähriger Unteroffizier der Infanterie.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1901, ausmarschiert am 23. April 1904. Am 30. Juni 1905 zankte er nach dem Trinken mit seinen Untergebenen; er ging am nächsten Morgen weg und vernachlässigte seinen Dienst. Deswegen wurde er von seinem Hauptmann gestraft und dadurch so erregt, daß psychische Störungen deutlicher zum Vorschein kamen. Er wurde zurückgeschickt und am 5. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes. 6. VIII. Exaltiert, gesprächig, leicht erregt. Er behauptet nachdrücklich seine Schuldlosigkeit.

Diagn.: Manie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Fall 69: 21jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Der Großvater mütterlicherseits ist an Apoplexie gestorben; eine ältere Schwester geisteskrank.

Anamn.: Er war nervös veranlagt. In seinem 18. Lebensjahr zeigte er psychische Störungen. Er war am 1. Dezember auf seinen Wunsch angeworben worden und am 1. Juli 1905 ausmarschiert. Bald traten psychische Störungen ein. Er ward geschwätzig, schlaflos, zankte gern mit Landleuten, machte Angriffe auf Mädchen, beging Ladendiebstähle. Er ward zurückgeschickt und am 1. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 3. IX. Etwas erregt, ausgelassen; keine Verwirrtheit.

Diagn.: Manie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: weniger als ein Monat.

Fall 70: 24jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Großvater war irrsinnig.

Anamn.: Als er 19 Jahre war, bekam er einen religiösen Größenwahn. Angeworben am 1. Dezember 1902, ausmarschiert am 13. Dezember 1904. Er beteiligte sich an der Schlacht von Kokkoday vom 26. bis 29. Januar 1905 und der großen Schlacht in der Umgebung von Mukden vom 27. Februar bis 11. März 1905. Mitte März bemerkte man etwas Abnormes in seinen Gesprächen; er lachte ohne Ursache, dann wurde er depressiv und stumm. Nach einigen Tagen traten alle Störungen von selbst zurück. Ende Mai ward er wieder irrsinnig; er schrie, hielt Reden, tanzte, verspottete jedermann, war exaltiert und sehr geschwätzig;

zuweilen nahm er gar keine Nahrung auf. Er ward am 18. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 25. VI. Exaltiert, geschwätzig, Körperbewegung beschleunigt.

Diagn.: Manie (Katatonie mit Remissionen?).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 80 Tage.

Verlauf: 27. VI. Er ward ins Reservelazarett Himeji geschickt.

28. VI. Gesichtsausdruck freudig, geschwätzig, ideenflüchtig, munter, Körperbewegung beschleunigt, sehr unhöflich, stolz. Man kann keinen Zusammenhang, keine Zielvorstellung in seinen Reden finden.

Fall 71: 26 jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 10. Januar 1905, ausmarschiert am 18. Am 20. März in Liaujang trat ein Exaltationszustand ein, welcher nach einer Woche nachließ. Seit dem 9. April wurde er wieder exaltiert, geschwätzig, megalomanisch, verworren; er schlief nicht, sang laut. Er wurde zurückgeschickt und am 22. April ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 30. IV. Exaltiert, geschwätzig, ideenflüchtig, Körperbewegung beschleunigt, tanzend, tobsüchtig, zerstörend, schlaflos, Geschlechtstrieb gesteigert.

Diagn.: Manie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwei Monate.

Fall 72: 22 jähriger Trainknecht.

Anamn.: Im Jahre 1903 litt er an einer postfebrilen Geisteskrankheit, welche ein Jahr lang dauerte. Seit dem Ausmarsch im Mai 1905 diente er treu und gewissenhaft. Ungefähr seit dem 30. Juni wurde er geisteskrank; er war leichtsinnig, ausgelassen, gesprächig, schlief nicht, schrieb gerne, prahlte mit seiner körperlichen Stärke, verspottete jedermann. Man bemerkte Widersprüche in seinen Gesprächen Die Pupillen waren etwas weit und reagierten t r ä g e. Der Kranke ward allmählich unruhig, tobsüchtig, zerstörte Kleider und Bettdecken. Er ward zurückgeschickt und am 11. Juli ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 16. VII. Abgemagert, anämisch, tobsüchtig, geschwätzig, lallend. Man kann keinen Zusammenhang in seinen Gespächen finden, ganz verworren. Er zerstört Kleider und Türen.

Diagn.: Manie (Paralyse?)

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

3. Manisch-depressives und zirkuläres Irresein.

Außer dem oben gegebenen Fall 9 gebe ich noch folgende Fälle als Beispiele hierzu:

Fall 73: 22 jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Der Vater war geisteskrank.

Anamn.: Nach dem Ausmarsch am 17. März 1905 ward er bald irrsinnig. Bei der Untersuchung am 23. März war er ängstlich und führte Selbstgespräche. Er wurde zurückgeschickt und am 3. April ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 23. IV. Geschwätzig: er deklamiert, führt Selbstgespräche.

Verlauf: Hauptsächlich bestand der maniakalische Erregungszustand, dazwischen schoben sich melancholische Depressionszustände von kürzerer oder längerer Dauer ein, so daß beide entgegengesetzte Krankheitsbilder miteinander verbunden verliefen. Ja man beobachtete sogar oft, daß die Depression und die Erregung sich miteinander vermischten (Erregung mit Depression).

Diagn.: Manisch-depressives Irresein.
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: weniger als ein Monat.

Fall 74: Ein 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Er hatte keine erbliche Anlage. Vor dem Ausmarsch wurde er einmal geisteskrank; er verletzte plötzlich mit einem schneidenden Instrument seine Stiefmutter, mit der er seit längerer Zeit in Unfrieden war, und versuchte unmittelbar darauf Selbstmord. Auch später noch machte er Suicidversuche. Beim Anwerben am 1. Dezember 1903 war sein Geisteszustand normal. Seit dem Ausmarsch am 14. Juli 1904 beteiligte er sich an einigen Schlachten. Mitte August litt er an Kakke (Beriberi): Ödem an Unterschenkeln, Steigerung der Kniereflexe, Parästhesie und Hypästhesie an der inneren Fläche der Unterschenkel, Ermüdungsgefühl an den Beinen, Herzklopfen und Angstgefühl in der Brust. Er ward zurückgeschickt und am 11. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen und am 23. ins Reservelazarett Himeji weiterbefördert.

Verlauf: Seit Ende November wurde er geisteskrank und zeigte ungefähr bis zum 10. Februar 1905 einen melancholischen Zustand. Unmittelbar darauf folgte ein manischer Zustand bis Anfang Juni. Dann wurde er bis Ende August wieder melancholisch.

In der melancholischen Phase war sein Gesichtsausdruck traurig, die Körperernährung lag danieder. Er antwortete auf Fragen sehr mangelhaft oder war ganz stumm. Die willkürlichen Bewegungen waren gehemmt, er tat nichts, lag jeden Tag im Bett. Die Gesamtmuskulatur war schlaff, leistete der passiven Bewegung keinen Widerstand; zuweilen zeigte sich Flexibilitas cerea.

In der maniakalischen Phase war dagegen der Gesichtsausdruck ganz freudig, das Körpergewicht gesteigert. Der Patient war munter, erregt; er schwatzte, sang, sprang und warf mit Steinen.

Diagn.: zirkuläres Irresein.
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.
Komplikation: Kakke (Beriberi).

4. Halluzinatorisches Irresein.

Unter den elf Fällen (darunter ein Delirium) von halluzinatorischem Irresein (Amentia) waren vier durch Erschöpfung nach Typhus abdom., je einer durch die nach Influenza und nach Dysenterie und einer (Delirium) durch Kopfverletzung bedingt. Bei den andern vier Fällen konnte ich keine bestimmte Ursache nachweisen.

Was die Symptome von Amentia betrifft, so zeigen sich als Prodrome: Schlaf- und Appetitlosigkeit, Kopfweh, Schwere im Kopfe, Schwindel, Unruhe usw. Die Hauptsymptome sind Halluzinationen des Gesichts, des Gehörs usw., meistens unangenehmen Inhalts, und daraus sich entwickelnde Verfolgungs-, Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen. Zuweilen beobachtet man Größen- oder Besessenheitswahn. Es besteht kein eigentliches Wahnsystem; die Wahnideen widersprechen einander. Halluzinatorisches Irresein von der Dauer von einigen Stunden bis einigen Tagen, höchstens einer Woche, bezeichnet man besser als Delirium.

Die meisten Fälle dieser Art sollen nach kürzerer Dauer geheilt sein.

Außer den schon oben angegebenen Fällen: 20. 21. 27 und 31 gebe ich noch folgendes Beispiel:

Fall 75: 40jähriger Trainknecht.

Anamn.: Seit dem Anwerben am 12. Dezember 1904 zeigte er einigemal psychische Störungen, welche immer bald von selbst heilten. Nach dem Ausmarsch litt er Ende März 1905 an Schlaflosigkeit. Am 5. April ward er unruhig, hatte keinen Appetit. Dabei zeigten sich bei ihm Abnormitäten im Sprechen und Handeln. Am nächsten Tage traten viele Halluzinationen, hauptsächlich des Gehörs, ein. Der Patient war geschwätzig, schlaflos, unruhig und ziemlich gefährlich: er bedrohte die Umgebung mit gezogenem Säbel. Mit den Halluzinationen entwickelten sich Größen- und Verfolgungsideen. Alle Störungen traten am 12. April zurück. Er wurde zurückgeschickt und am 1. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen

Stat. praes.: 7. V. Man findet keine psychische Störung.

Diagn: Akuter halluzinatorischer Wahnsinn; jetzt schon genesen.

Verlauf: Eine Woche nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

5. Paranoia.

Unter den fünf Fällen von Paranoia teile ich als Beispiele folgende zwei mit:

Fall 76: 36jähriger Infanterist.

Anamn.: Nach dem Ausmarsch litt er im Februar 1905 an Kakke (Beriberi). Mitte Juni traten Gehörshalluzinationen ein; der Kranke war erregt, tobte, schlief nicht. Er wurde zurückgeschickt und am 17. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes: 18. VI. Der Patient verweigert sehr hartnäckig die Aufnahme von Arznei und Nahrung, da er meint, daß er damit vergiftet werde. In der Nacht spricht er am Fenster, nach außen blickend, als ob draußen eine Person stände (Gehörshalluzinationen). Der Gesichtsausdruck zeigt weder Depression, noch Exaltation. Die Körperbewegung ist weder gehemmt, noch beschleunigt. Er ist sehr zweifelsüchtig, traut niemandem; er glaubt, daß alle Menschen auf der Welt seine Feinde seien. Auf Fragen erfolgen keine richtigen Antworten. Bei Wiederholung der Fragen gerät er in zornigen Affekt und schimpft.

Diagn.: Paranoia hallucinatoria, vorher Beriberi.

Fall 77: 26jähriger Infanterist.

Anamn.: Im Jahre 1903 vollendete er seinen dreijährigen aktiven Militärdienst und wurde am 12. Februar 1904 wieder angeworben. Nach dem Ausmarsch am 22. beteiligte er sich an mehreren Schlachten. Ende September 1905 zeigte sich bei ihm Depression. Er glaubte, daß alle Menschen seine Feinde seien, daß Gift in die Nahrung und in die Getränke gemischt sei. Er behauptete auch, daß Gespräche der Kameraden allegorische Schimpfworte gegen ihn seien, der Lärm der Außenwelt eine „Zaubermusik" sei, die ihn ins Verderben stürzen wolle, die ertöne, um ihm zu fluchen. Er wurde zurückgeschickt und am 16. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes: 22. X. Der Kranke ist ruhig, antwortet auf Fragen normal, zeigt keine besondere Depression. Er behauptet, daß er durch die List seiner Feinde getötet werden würde, was er nicht verdiene.

Diagn.: Paranoia simplex.
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 18 Monate.

6. Neurasthenie.

Unter den 44 Fällen von Neurasthenie zeigten sich nach der Tabelle I fünf durch bedeutende Überanstrengung, fünf durch Erschöpfung nach Typhus abdom., vier durch die nach Influenza, vier durch Kopfverletzung usw. bedingt. Bei den anderen 19 Fällen konnte ich keine bestimmte Ursache finden.

Was das Lebensalter betrifft, so ist das 23. Jahr am häufigsten von Neurasthenie heimgesucht, dann das 22., 24., 29. usw. in absteigender Ordnung.

Nach den Waffengattungen fällt die größte Zahl auf Infanteristen, dann auf Trainknechte. Offiziere und Unteroffiziere haben relativ mehr als Soldaten an Neurasthenie gelitten.

Die meisten Fälle von Neurasthenie kamen in den ersten sechs Monaten nach dem Ausmarsch vor, aber auch nicht wenige schon daheim vor dem Ausmarsch.

Die Symptome von Neurasthenie bei Kriegern unterscheiden sich nicht von denen bei anderen Personen. Es zeigten sich bei ihnen Schmerz an der Stirn, dem Scheitel, Schwere im Kopfe, Schwindel, Depression, Vergeßlichkeit, Muskelermüdung, Appetit- und Schlaflosigkeit oder Schlaf mit vielen Träumen, zuweilen Selbstmordversuche. Die meisten Fälle sollen nach einigen Wochen bis einigen Monaten geheilt sein.

Außer den schon oben angegebenen Fällen: 10, 11, 18, 19, 28—30, 32, 45 und 57 teile ich noch folgende mit:

Fall 78: 32jähriger Quästurassistent.

Hereditäre Anlage: Ein Großvater und eine ältere Schwester litten an Geisteskrankheit, und eine Nichte war angeboren schwachsinnig.

Anamn.: Während seines Dienstes in Liaujang am 30. März 1905 bekam er Kopfweh und Schwindel. Bei der Untersuchung am 1. Mai waren vorhanden: Kopfschwere, Schwindel, Vergeßlichkeit, Schwäche der Auffassung, Unfähigkeit der psychischen Leistungen, Stimmungswechsel, Furchtsamkeit und Schlaflosigkeit. Er wurde zurückgeschickt und am 27. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 28. V. Schmerz am Scheitel, den beiden Schläfen; schlaf- und appetitlos.

Diagn.: Neurasthenie.

Fall 79: 31jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Ein Onkel ist an Apoplexie gestorben, ein anderer Oheim plötzlich ohne erkennbare Ursache (Herzschlag?).

Anamn.: Schwächlich veranlagt. Er war sehr arm und hatte Kummer und Sorge, um sich und seine fünf Kinder zu ernähren. Angeworben am 18. Juni 1904, ausmarschiert am 6. März 1905. Anfangs Juni stellten sich bei ihm neurasthenische Symptome ein, welche durch ärztliche Behandlung bald zurücktraten. Mitte Juli

zeigte er wieder nervöse Reizerscheinungen, Depression, Schlaf- und Appetitlosigkeit. Bei der Untersuchung am 28. Juli bemerkte man bei ihm Anämie, Schwäche der Herzkraft, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Hyperästhesie der Haut, Depression, Versinken in Gedanken und träges Antworten auf Fragen. Er wurde zurückgeschickt und am 24. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 27. VIII. Schlaf- und Appetitlosigkeit, Kopfweh, Schwere im Kopfe, Schwindel, Parästhesie am Kopfe und an beiden Beinen.

Diagn.: Neurasthenie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: fünf Monate.

7. Hysterie.

Als Musterbeispiele von Hysterie bei Soldaten gebe ich folgende zwei Fälle:

Fall 80: 27jähriger Infanterist.

Anamn.: Bei einer Schlacht am 25. August 1904 wurde ihm der rechte Oberschenkel und die linke Seite der Brust verwundet. Er wurde deswegen zurückgeschickt und am 1. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen. Damals klagte er über Schwindel, Kopfweh, Ohrensausen, Erbrechen und Verstopfung. Seit dem 17. Oktober stellten sich Ohnmachtanfälle täglich einmal oder mehrmals ein, welche einige Minuten lang dauerten. Der Kranke erinnerte sich nur summarisch an das im Anfall Vorgekommene. Seit dem 12. Dezember trat mit der Heilung der Wunden ein Anfall von Tic convulsiv täglich mehrmals ein. Am 18. Januar 1905 wurde er ins Rervelazarett Himeji geschickt.

Stat. praes.: 25. I. Der Anfall vom Tic convulsiv wiederholt sich. Neue Reize, z. B. der Eintritt eines Unbekannten in sein Zimmer, lösen immer den Anfall aus. Während des ruhigen Liegens tritt kein Anfall ein. Der Anfall besteht darin, daß dabei der Mund nach links oder nach rechts angezogen, der Unterkiefer stark gegen den Oberkiefer gedrückt wird (Trismus), alle Gesichtsmuskeln sich zusammenziehen und zittern, der Kopf etwas nach hinten gebengt und einigemal seitwärts geschüttelt wird. Die Pupillen zeigen keine Abnormitäten. Während des Anfalles ist das Bewußtsein dämmerhaft und die Erinnerung an die Vorkommnisse im Anfalle summarisch, es besteht aber keine absolute Amnesie. Vor dem Eintritt des Anfalles fühlt der Kranke eine harte Masse in der Herzgrube (Globus hystericus). Ein Anfall dauerte gewöhnlich zwei bis drei Minuten. Nachher kehrte der Anfall täglich mehrmals wieder; anfangs Mai hörten die Anfälle auf.

Diagn.: Hysterie.

Verlauf: Sieben Monate nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 81: 28jähriger Infanterist.

Anamn.: Seit dem Ausmarsch im Juli 1904 beteiligte er sich an mehreren Schlachten. Ende Juli bekam er Kopfweh, Belegtheit der Zunge, Appetitlosigkeit und Schmerzempfindung an der linken Darmbeingrube und entleerte wiederholt schleimig-blutigen Stuhl mit Tenesmus (Dysenterie). Er wurde zurückgeschickt und am 12. September ins Reservelazarett Himeji aufgenommen.

Bei der Aufnahme zeigten sich bei dem Patienten Kopfweh, Schwindel, Appetitlosigkeit und Schmerzempfindung entlang des linken Nerv. ischiadicus.

23. IX. Die Schweißsekretion am Handteller und der Fußsohle ist sehr gesteigert; zuerst kommen kleine Wassertropfen zum Vorschein, dann vergrößern sie sich mehr und mehr, bis sie zusammenfließen.

30. X. Linksseitige Hemihypästhesie (die Verminderung der Schmerzempfindung) Steigerung der Kniephänomene, Hyperästhesie am Schädel; Patient hat einen heftigen Schmerz beim Fingerdruck auf den Kopf.

1. XI. Ängstliche Empfindung an der Herzgegend, 100 Pulsschläge. Nachher wiederholte sich diese Präkordialangst anfallsweise.

20. XII. Am Abend warf er den Zimmerofen um; taumelnder Gang, eine Sprachstörung.

Stat. praes.: 25. I. 05. Linksseitige Hemihypästhesie; Wärmeempfindung an der linken Körperhälfte auch abgestumpft. Kälteempfindung aber beiderseits gleich. Die Kopfhaut ist im allgemeinen hyperästhetisch. Am rechten Teile der Frontoparietalnaht und auf dem Dornfortsatze des zweiten Brustwirbels findet man Schmerzpunkte. Pupillenreaktionen und Kniereflexe sind normal. Die Muskelkraft des linken Beines ist schwach, es ist ihm nicht möglich, auf dem linken Beine zu stehen. Das Bewußtsein ist klar; der Kranke antwortet auf Fragen ganz ordentlich, nur ist die Sprache etwas undeutlich. Sonst findet man keine psychische Störung Die Schweißsekretion am Handteller und der Fußsohle ist sehr gesteigert.

Diagn.: Hysterie mit lokaler Steigerung der Schweißsekretion nach Dysenterie Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

8. Dementia paralytica.

Alle Nachrichten von den Schlachtfeldern verschiedener Zeiten und verschiedener Orte stimmen darin genau überein, daß die progressive Paralyse im Kriege sehr häufig vorkommt. In den „Kriegspsychosen 1870/71“ befanden sich 24 Paralytiker unter 100 Fällen Nasse fand drei unter 14 Fällen im Feldzuge 1866 und drei unter 27 nach dem Kriege 1870/71. Huppert berichtete auch bei seinen Fällen im Kriege 1866, daß die Hälfte derselben Paralyse hatte (drei unter sechs). Löcher fand sechsmal Dementia paralytica unter 33 im Feldzuge 1870/71 erkrankten Soldaten. Außerdem teilte Arndt sechsmal Paralyse unter den elf Fällen mit, die er in den drei Feldzügen 1864, 1866 und 1870/71 beobachtet hatte. Mendel schreibt in seiner Monographie „Progressive Paralyse der Irren“: „Unter den gemischten Ursachen haben in der letzten Zeit die Kriege eine hervorragende Rolle eingenommen. Es würde von größtem Interesse sein, über die Opfer, die der letzte, besonders schwere Krieg gegen Frankreich in bezug auf Paralye bei dem Heere gefordert hat, nähere Aufklärung zu erhalten .... Die große Häufigkeit der Paralyse bei Soldaten und Offizieren hob schon Calmeil hervor.“ „Von allen Berufsarten übt der militärische den am wenigsten zweifelhaften und traurigsten Einfluß auf die Hervorbringung der Paralyse aus.“ „In England wird dies für die Marine ebenfalls bestätigt (Burman). Rodrigues erklärt die Häufigkeit der Paralyse bei Soldaten aus ihrem mit so großen Strapazen verknüpften, oft auch ausschweifenden Leben.“

Über die Ursache der Paralyse im Kriege sagt Kraepelin in seinem Lehrbuch: „Die Entstehung der Paralyse haben wir wesentlich

auf Rechnung der im Feldzuge so vielfach erworbenen Syphilis zu setzen." Dagegen hebt Krafft-Ebing als Ursache der Paralyse im Kriege die körperlich-geistige Überanstrengung hervor.

Unter neun Fällen von Paralyse, welche ich diesmal bei Soldaten beobachtete, konnte ich nur bei einem Falle Drüsenanschwellungen nachweisen, bei den meisten anderen bestand kein auf Syphilis hinweisendes Zeichen. Die Vorgeschichten waren leider meist unbekannt.

Was das Lebensalter der Erkrankung betrifft, so fand ich zwei im 25. Jahre, je einen im 23., 24., 28., 34., 37., 39. und 41. Das geringste Alter war 23 Jahre und das höchste 41 Jahre.

Nach den Waffengattungen wurden Infanteristen und Trainknechte am meisten befallen.

Die Zeitdauer vom Ausmarsch bis zur Erkrankung schwankt zwischen einem Monat und einem Jahr.

Die Symptome von progressiver Paralyse bei Soldaten äußerten sich in gleicher Weise wie bei anderen Personen. Bei allen Fällen waren die Erscheinungen, welche auf Paralyse hinweisen, deutlich entwickelt, so daß ich sie ohne Bedenken diagnostizieren konnte.

Als Beispiele kommen folgende Fälle in Betracht:

Fall 82: 37jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben im November 1904, ausmarschiert im Dezember. Ende Januar 1905 kamen deutliche psychische Störungen vor. Er wurde unanständig und vergriff sich an fremdem Eigentum. Die Sprache war undeutlich, die Pupillenreaktionen waren gestört, die Hautempfindungen stumpf und der Nahrungstrieb gesteigert. Er war unorientiert in bezug auf Ort und Zeit und zeigte maniakalische Exaltation und Erregung. Er ward zurückgeschickt und am 17. Februar ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 17. II. Exaltiert, erregt, schlaflos, Gedächtnis geschwächt; er zerreißt Kleider und zerstört Gegenstände. Beim Sprechen verwechselt er Laute; er zeigt Zitterschrift.

Diagn.: Dementia paralytica.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: ein Monat.

Fall 83: 24jähriger Artillerist.

Anamn.: Ausmarschiert am 28. September 1904. Ungefähr seit dem 20. April 1905 wurde er wortkarg und zeigte Gedächtnisschwäche. Sein Gesichtsausdruck war stumpf, psychische Leistungen lagen danieder, so daß er nicht mehr seinen Dienst tun konnte. Er wurde zurückgeschickt und am 22. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 25. VI. Stumpfer Gesichtsausdruck, lallende Sprache, Tremor an den Lippen und Fingern und ataktischer Gang; die Kniephänomene schwach, Pupillenreaktionen aber normal. Man bemerkt deutliche Gedächtnisschwäche.

Diagn.: Dementia paralytica.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sieben Monate.

Fall 84: 34jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 9. März 1904, ausmarschiert am 20. August litt er an einer oberflächlichen Schußwunde am linken Hinterhaupte, wurde deswegen

zurückgeschickt. Er marschierte am 21. Juni 1905 wieder aus. Am 30. Juni klagte er schon über linksseitige Hemikranie. Bei der Untersuchung am 9. Juli zeigten sich bei ihm Hemikranie und Ptosis an der linken Seite, Amblyopie, Schwerhörigkeit. Sprachstörung, motorische Störungen der Zunge und der Beine, taumelnder Gang, Hypästhesie am rechten Beine und Steigerung der Knie- und Cremasterreflexe. Er wurde wieder zurückgeschickt und am 2. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 6. VIII. Linksseitige Ptosis, hochgradige Sprachstörungen; Pupillen myotisch, reagierend; rechter Facialis paretisch, Nasolabialfurche entsprechender Seite seichter als die der entgegengesetzten. Der Kranke kann die Lider normal schließen, aber den Mundwinkel nicht nach rechts anziehen. Die grobe Muskelkraft des rechten Arms ist schwächer als die des linken. Beim Gehen sind beide Beine in der Bewegung gestört, besonders das rechte. Kein Tremor an den Fingern.

Der Kranke ist leicht exaltiert und erregt; er ist geschwätzig, heiter und spricht laut. Er behauptet nachdrücklich, daß er kein Irrsinniger sei. Das Gedächtnis scheint ungestört zu sein.

Diagn.: Dementia paralytica.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwölf Monate.

Fall 85: 41jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 19. Januar 1905, dann ausmarschiert. Seit Mitte April bekam er Vergeßlichkeit. Bei der Untersuchung am 26. August war sein Gesichtsausdruck stumpf. Die rechte Ohrmuschel war walnußgroß angeschwollen und zeigte deutliche Fluktuation. Er wurde zurückgeschickt und am 11. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 17. X. Gesichtsmuskulatur schlaff, Sprache gestört, Tremor an den Fingern und unsicherer Gang. Die Pupillen sind starr gegen Licht, verengern sich aber bei der Akkommodation für die Nähe; die Kniereflexe sind erloschen, Blutgeschwulst an der rechten Ohrmuschel, Patient zeigt Gedächtnisschwäche und kann nicht rechnen.

Diagn.: Dementia paralytica.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwei Monate?

Fall 86: 25jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 10. Februar 1904, ausmarschiert am 27. März. Nach der Erkrankung auf dem Schlachtfelde wurde er zurückgeschickt und am 7. Oktober 1905 ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 8. X. Gesichtsmuskulatur schlaff, Sprache getört, Tremor an den Fingern und taumelnder Gang. Die Pupillen reagieren normal, die Kniephänomene sind gesteigert. Hals- und Cubitaldrüsen sind angeschwollen. Patient zeigt hochgradige Gedächtnis- und Urteilsschwäche, kann nicht einmal ganz einfache Zahlen rechnen.

Diagn.: Dementia paralytica.

Ursache: Bei diesem Falle kann man die stattgefundene Syphilisinfektion mit Recht vermuten.

Fall 87: 39jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 8. Dezember 1904, ausmarschiert am 23. Januar 1905. Um den 25. September litt er durch Unmäßigkeit im Essen und Trinken an akutem Magendarmkatarrh. Bei der Untersuchung am 6. Oktober zeigte er Größenideen. Seitdem traten merkwürdige Abnormitäten im Sprechen und Handeln mehr zutage.

Er antwortete auf Fragen sehr unsicher. Die Pupillen reagierten nur träge,

die Zunge zitterte. Der Kranke ließ Stuhl und Harn unwillkürlich unter sich. Er wurde zurückgeschicht und am 14. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Die Sprachstörung ist stark entwickelt, so daß man fast gar nicht verstehen kann, was der Kranke sagt. Der Tremor ist deutlich an den Lippen, Fingern und der Zunge zu bemerken. Die Pupillen reagieren nur träge, die Kniephänomene sind schwach, und der Gang ist unsicher.

Diagn.: Dementia paralytica.

9. Dementia praecox (Katatonie).

Die meisten Fälle von Dementia praecox (inkl. Katatonie), die ich in den Lazaretten beobachtet habe, sind nicht auf dem Schlachtfelde, sondern daheim vor dem Ausmarsch entstanden. Sie stehen also nicht in einem direkten Zusammenhange mit dem Kriege.

Fall 88: 21jähriger Infanterist.

Hereditäre Belastung: Der Vater war Säufer, wurde durch Kummer und Sorge irrsinnig und tötete sich vor zehn Jahren.

Anamn.: Angeworben am 15. Oktober 1904, nicht ausmarschiert. Es stellte sich bei ihm Depression ein, er antwortete auf Fragen mangelhaft. Bei der Untersuchung am 13. Januar 1905, zeigte er leeren Gesichtsausdruck, war vergeßlich, psychischer Leistungen unfähig, klagte über Ermüdung, Kopfweh, Schwere im Kopf, Ohrensausen, Herzklopfen, Präcordialangst usw.

2. II. Er antwortet auf Fragen nicht, bleibt stumm; fragt man ihn nochmals so tritt ein Zittern des ganzen Körpers ein. Zuweilen lächelt er.

10. II. Stumm; er uriniert im Zimmer, wirft mit Gegenständen um sich.,

Stat. praes.: 15. II. Allgemeine Ernährung gut. Patient bleibt stumm. Passiven Bewegungen eines Gliedes leistet er keinen Widerstand. Bringt man einen Arm in eine Stellung, so bleibt dieser in der passiven, erteilten Stellung eine Zeit lang stehen und kehrt nur allmählich in die frühere Stellung zurück.

Diagn.: Katatonie.

Fall 89: 23jähriger Trainknecht.

Anamn.: Schwächlich veranlagt. Ausmarschiert am 12. August 1904. Seit April 1905 bemerkte man deutlich Abnormes in seinen Gesprächen und Handlungen. Bei der Untersuchung am 21. April war er ängstlich, furchtsam, menschenscheu, schlaf- und appetitlos. Sein Benehmen war ganz kindisch, lächerlich. Er wurde zurückgeschickt und am 10. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen. Seit der Aufnahme war er stumpfsinnig, vergesslich, meistens schweigsam, Körperbewegung gehemmt. Zuweilen trat der kataleptische Zustand ein.

Stat. praes.: Gesichtsausdruck leer. Er antwortet auf Fragen ganz mangelhaft, ist schwachsinnig.

Diagn.: Dementia praecox.

In den vorstehenden Mitteilungen habe ich eine Übersicht meiner Erfahrungen über Art und Entstehung von Psychosen und Neurosen im Kriege zu geben versucht. Selbst wenn man in einer Reihe von Fällen erkennen kann, daß die Störung schon früher ausgebrochen oder wenigstens durch starke Belastung, Infektionskrankheiten und andere

Momente vorbereitet war, kann man die große ätiologische Bedeutung des Krieges auf den Ausbruch von Psychosen und Neurosen der verschiedensten Art nicht verkennen. Für spätere Studien dieser Art ist besonders auf die Notwendigkeit der weiteren Untersuchung des Ablaufes der Störungen hinzuweisen. Nur hieraus kann sich an Stelle der jetzt noch vielfach notgedrungen angewendeten rein symptomatischen Klassifikation ein genauerer Einblick in die einzelnen Krankheitsgruppen ergeben.

Literatur-Verzeichnis.

Arndt, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 30. S. 64.

Dick, Geisteskranke als Opfer des letzten deutsch-franz. Krieges. Ebendas. Bd. 30. S. 254.

Dietz, Geistesstörungen in der Armee im Frieden und Krieg. Ebendas. Bd. 44. S. 209.

Huppert, Zur Kasuistik des Irreseins infolge des Feldzuges 1866. Ebendas Bd. 28. S. 325.

Ideler, Mitteilungen über Psychosen bei Militärpersonen. Ebendas. Bd. 29. S. 598.

Jolly, Klinische Mitteilungen über einige infolge des Feldzuges von 1870/71 entstandene Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 3. S. 442.

— Feldbrief aus Frankreich, Allgem. Zeitschsift f. Psych. Bd. 27. S. 762.

Koike, Generalstabsarzt, Allgemeine Bemerkungen über das Sanitätswesen im japanisch-russischen Kriege. Eine Rede, gehalten in der zweiten Versammlung der vereinigten japanischen medizinischen Gesellschaften.

Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. 1. S. 74. 1899.

Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 1893, S. 164.

Löcher, Ueber Psychose beim Militär nach Feldzügen Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 37. S. f.

Mendel, Progr. Paralyse d. Irren. S. 255.

Nasse, Bemerkungen über Geistesstörungen bei Militärpersonen infolge des Krieges 1866. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 27. S. 517.

— Über Irresein bei Militärpersonen nach dem Feldzuge 1870/71. Ebendas. Bd. 30. S. 62.

Siemerling, Deutsche Klinik, VI, 2. S. 366.

— Lehrbuch der Psychiatrie. S. 182, 1907.

Sommer, Über Militärpsychosen. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 43. S. 13.

Weiert, Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 29. S. 600.

Transitor, idiopath., und nach Infektionskrankheiten beobachtete Erkrankungen des Nervensystems bei den deutschen Heeren im Kriege gegen Frankreich 1870/71. Herausgegeben von der Militär-Medizinal-Abteilung des Kriegsministeriums.

III.

Der Fall S.

Erwiderung auf Gutachten und Epikrise der Herren S.-R. Dr. **Roth** und Oberarzt Dr. **Meyer.**[1])

Von Dr. med. **Hampe,** Nervenarzt in Braunschweig.

Die Vorgutachter in dem Schwurgerichtsfall S., die Herren S.-R. Dr. Roth und Dr. Meyer haben ihr Gutachten als „Ergänzung" zu dem meinigen veröffentlicht, um zu zeigen, weshalb sie sich auf meinen Standpunkt bei der Begutachtung des Geisteszustandes des S. nicht gestellt haben. Herr Dr. Roth hatte den Angeklagten in seinem schriftlichen Gutachten für einen Simulanten erklärt, in der Schwurgerichtsverhandlung dann zugegeben, daß er „geistig minderwertig" sei Herrn Dr. Meyer betonte ebenfalls die Simulation des S. und sprach sich des weiteren für leichten Schwachsinn ohne Unzurechnungsfähigkeit aus.

Ich habe ebenfalls zunächst leichten Schwachsinn des S., ohne daß auf Unzurechnungsfähigkeit im allgemeinen erkannt werden könnte, festgestellt, dann aber für die unter Anklage stehende Tat selbst, infolge des Hinzukommens noch anderer Momente zu dem Schwachsinn, die Anwendung des § 51 Str.-G.-Bs. für erforderlich erachtet.

Es würde sich hier also im Grunde nur um die Frage handeln, ob die nach meiner Auffassung zu dem Schwachsinn noch hinzutretenden anderen Momente zu Recht bestehen oder nicht; denn ob die einzelnen Gutachter so oder so untersuchen, ob sie Simulation mehr oder weniger annehmen, wird im ganzen gleichgültig sein, wenn alle Gutachter in der Grundfrage zu dem gleichen Ergebnis kommen, hier also zur Feststellung eines leichten Grades von Schwachsinn bzw. einer geistigen Minderwertigkeit ohne Ausschluß der Zurechnungsfähigkeit.

Es würde sich daher ein Eingehen meinerseits auf einzelne Punkte der Vorgutachten erübrigen und nur deren Epikrise in Betracht kommen; da sie aber einmal in extenso veröffentlicht sind, läßt sich eine Beleuchtung einiger Einzelheiten nicht gut umgeben.

[1]) Vgl. diese „Klinik" II. Band 3. Heft Seite 524 u. f.

Herr Dr. Roth sagt (S. 525): Es sei „merkwürdig, daß S. sich noch ganz genau daran erinnert, daß er den Vorgang jener Schlägerei zwischen seinem Sohn und P. gesehen habe, und alle Einzelheiten noch angeben kann". M. E. ist das nicht merkwürdig; denn dieser Vorgang ist von S. mit starker Gefühlsbetonung aufgenommen und mit ebenso lebhaftem Affekt immer wieder rückerinnert worden.

Ferner, wenn S. weder Datum, noch Monat kennt, dann die Jahreszahl allmählich herausbringt und den Wochentag richtig angibt und das alles auf Grund von Simulation getan haben soll, so müßte er jedenfalls ein sehr planvoller, äußerst „gerissener" Simulant sein. Herr Dr. Roth gibt aber zum mindesten zu, daß S. „beschränkt" sei.

Des weiteren muß es meines Erachtens nicht „im höchsten Grade auffallend erscheinen, daß von diesem Schwachsinn bisher niemand etwas gemerkt hat" (S. 526). Ich verweise, um kurz zu sein, auf Breslers Fall [1]), bei dem der Oberwachtmeister, wie es ja sehr häufig vorkommt, berichtet, daß die Angeschuldigte „von den meisten Inwohnern der Umgebung als eine ganz raffinierte Betrügerin geschildert" wird, während der Gutachter die Überzeugung gewonnen hat, daß sie eine „von Jugend an schwachsinnige Person ist, deren geistige Minderwertigkeit im Elternhause und innerhalb der Ehe nach außen nicht zur Geltung kam. Anders nach dem Tode des Ehemanns" [2]). Auch bei S. war es so; zu ihren Lebzeiten führte die Frau die Geldgeschäfte, wie Dr. B. und der Gemeindevorsteher bezeugt haben, erst nach ihrem Tode ging der von S. „fast schuldenfrei übernommene Hof stetig zurück, so daß er jetzt mit Schulden überlastet ist".

S. eignete sich eben nur für die praktische Handhabung der Landwirtschaft, wie es ja bei Schwachsinnigen häufig ist, aber nicht für intellektuelle, möglichst vorteilhafte Verwertung der landwirtschaftlichen Erzeugnisse.

Natürlich simulierte S. und log Manches den Vorgutachtern gegenüber, und zwar auf Grund seines Schwachsinns, wovon ja auch Herr Dr. Meyer überzeugt zu sein scheint; ich habe nur behauptet, daß er mir gegenüber nicht simuliert hat.

Trotz seines Gedächtnisdefektes weiß er die Vorgänge auf der Landstraße deshalb so genau, wie schon oben hervorgehoben ist, weil sie ihn eben in starker Gefühlserregung fesselten. Natürlich befand er sich damals in starker „Erregung", und dieser Affekt befällt ihn naturgemäß wieder, wenn er das Ereignis rückerinnert (also auch bei seiner Zeugenaussage).

[1]) Bresler, Simulation von Geistesschwäche bei Schwachsinn. Psychiatr.-neur. Wochenschr. vom 3. Februar 1906.

[2]) Bresler, l. c., S. 408.



Auch die Untersuchungsergebnisse des Herrn Dr. Meyer erscheinen mir recht bezeichnend für Schwachsinn; im besonderen würde ein gerissener, schlauer Simulant nicht den Wärter der Beobachtungsanstalt um Rat fragen, wie er sich dem Arzt gegenüber verhalten solle, und noch dazu in so naiver Weise, wie S. das tat, da er sich doch eher, wenn er einigermaßen intelligent gewesen wäre, sagen mußte, der Wärter sei ebenfalls zu seiner Beobachtung angewiesen.

Wir wissen wohl, daß simulierende Verbrecher sich auch einmal verraten, aber sie tun es wohl erst nach dem Erfolge ihrer Simulation, und zwar nicht aus Angst, sondern mehr aus Eitelkeit, die ihrem erhöhten Selbstgefühl keine Ruhe läßt; eher schon sind sie Mitgefangenen gegenüber unvorsichtig, aber sicher nicht vor Wärtern.

Außerdem würde ein geistig gesunder Simulant mit kräftigem Gedächtnis, der „genau weiß, was er will", nicht dem einen Gutachter gegenüber so, dem anderen anders aussagen und bei derselben Prüfungsart nicht heute unrichtig, morgen richtig antworten.

Ich verweise hier wieder auf das Analoge mit dem Fall Breslers[1]), in dem sich die Geistesschwache, als sie absichtlich über den Zweck ihres Anstaltsaufenthalts aufgeklärt worden war, plötzlich derart in ihrem Wesen veränderte, daß sie sich nun „möglichst unwissend und gedächtnisschwach" stellte.

S. konnte, als ich ihn zuerst vor der ersten Verhandlung im Untersuchungsgefängnis besuchte, nicht orientiert sein über den Zweck der Untersuchung, da meine Ernennung zum Sachverständigen erst kurz vorher und die Erlaubnis zum Besuche des Angeklagten im Gefängnis erst am Abend vor der Verhandlung kam, ich dem S. also ganz überraschend erschien, er mich weder kannte (der Sohn ist in den letzten Tagen m. W. nicht mehr zu ihm gelassen worden), noch ich ihm meinen Namen und Stand, noch Zweck der Untersuchung nannte. Ich gab mir alle Mühe, zu ersehen, ob er sich nicht selber sage, weshalb ich da sei; er schloß das nicht einmal aus der körperlichen Untersuchung; als ich ihn schließlich insoweit aufklärte, daß ich Arzt sei, meinte er, ich wolle seinen schmerzenden Arm behandeln (vgl. das Analoge im Falle Breslers).

Bei den Untersuchungen vor der zweiten Verhandlung wußte S. dann Bescheid über meine Aufgabe ihm gegenüber, da er mich im ersten Termin wiedergesehen und Zeugen befragen gehört hatte und der Verteidiger ihn inzwischen aufgeklärt hatte, ich „wolle ihm helfen".

Herr Dr. Meyer gibt dann den Gang der Schwurgerichtsverhandlung vom 2. Februar 1906 wieder, natürlich nur im Auszuge[2]) und ver-

[1]) l. c., S. 407.

[2]) Der Antrag auf Untersuchung des Angeklagten in Königslutter kam etwas anders zustande, als wie Dr. M. es darstellt, was aber belanglos ist.

mutlich vornehmlich auf Grund von Zeitungsberichten. Letztere waren allerdings in diesem Prozesse so ungenau und wenig übereinstimmend, wie kaum je in einem anderen.

Zum Schluß führen beide Vorgutachter zusammen noch einige Gründe gegen meinen Standpunkt hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung des S. an:

Zum Punkt „erbliche Belastung" erwidere ich: Nach einem mir vorliegenden Zeitungsbericht sagte der Gemeindevorsteher auf Befragen aus: „Geistig sei der Angeklagte nicht gerade bevorzugt; seine erste Frau habe die Geldgeschäfte geführt. Seinen Hof habe er soweit gut bewirtschaftet, groß vorwärtsgekommen sei er aber nicht." Auf Befragen meinte der Zeuge, die Mutter des S. sei „etwas sonderbarer Natur" gewesen.

Der Zeuge und Sachverständige Dr. med. B. erklärte:

„Seinen Hof habe er (S.) fast schuldenfrei übernommen, er sei stetig zurückgegangen, so daß er jetzt mit Schulden überlastet ist. S. habe sonst sehr einfach und sparsam gelebt und seine Familie sehr wenig verbraucht". Ein weiterer Zeitungsbericht lautet: „Dr. med B . . . war bis 1892 bei der Familie S. als Hausarzt tätig. Solange die erste Frau gelebt, sei das Familienleben ein gutes, vielleicht sogar ein glückliches gewesen. Im Jahre 1891 sei S. in einer Mergelkuhle verunglückt, wobei er eine schwere Kopfverletzung davontrug. Außer einer Schädelfissur mußten auch innere Verletzungen eingetreten sein, da dem Patienten aus Mund und Nase Blut hervorquoll[1]); Bewußtseinsstörungen und Ohnmachtserscheinungen seien mehrfach aufgetreten. Von da an und ganz besonders nach dem bald nach dem Unglücksfall erfolgten Tode der ersten Frau sei in den Verhältnissen des Angeklagten ein ungünstiger Umschwung eingetreten. S. habe seinen Hof mit 130 Morgen Land sozusagen verprozessiert, so daß er heute kaum noch die Zinsen aufzubringen vermöchte. Die Frage, ob S. bei Begehung der Tat unzurechnungsfähig gewesen sei oder nicht, lasse er offen: Schwachsinn liege nach seiner Überzeugung vor."

Weiter schrieb mir Dr. B. auf meine nochmalige Anfrage vor Drucklegung meines Gutachtens:

„Die Mutter des p. S. ist nach meiner Erinnerung an Altersschwachsinn[2]) leidend gewesen. Dieselbe war aber in ihrem ganzen Leben nicht ganz richtig, konnte wegen ihrer Un-

[1]) Vgl. Angabe des Herrn Dr. Meyer S. 538.

[2]) Meiner Erinnerung nach hat sich Dr. B. ebenso auf die Frage, die ich an ihn als Zeugen richtete, schon in der ersten Verhandlung und dann auch wieder in der zweiten in der Tat so geäußert.

sauberkeit keine Leute im Hause haben, das Wischtuch hatte ständig auf der Tischkante seinen Platz usw.

Die erste Frau des p. S. starb, wenn ich mich recht erinnere, 1892. Vorher war der Unfall in der Mergelkuhle, mit bedeutenden Kopfverletzungen, häufig hat der Verletzte über Schwindel, Kopfschmerz, gedrückte Stimmung nach dem Unfall geklagt. Der angeborene Schwachsinn ist nach dem Unfall schlimmer geworden."

Hinsichtlich der Dementia senilis der Mutter des S. erwähne ich Folgendes: Meine von den Vorgutachtern angegriffene Behauptung ist veranlaßt worden durch Unterbrechung von seiten des Schwurgerichts-Vorsitzenden, der absolut nicht gelten lassen wollte, daß S. erblich belastet sei, und den Altersschwachsinn der Mutter des S. nur als Altersschwäche (physiologischer Natur) aufgefaßt wissen wollte.

Sommer sagt in seiner „Diagnostik der Geisteskrankheiten" [1]) S. 37: „Es ist also kein proportionales Verhältnis zwischen dem sichtbaren Grad seniler Hirnatrophie und seniler Demenz vorhanden". Demnach müßten also für das Zustandekommen der Demenz auf arteriosklerotischer Grundlage noch andere Faktoren eine Rolle spielen, wobei erbliche Belastung in Betracht kommt. Weygandt erklärt in seiner „Psychiatrie" [2]) S. 354 unter Dementia senilis: „Immerhin findet man in mindestens der Hälfte der Fälle erbliche Belastung", und weiter S. 28: „Eine andere Gruppe .... sind die jugendlichen und senilen Verblödungsprozesse, Dementia praecox und D. senilis, die öfter in derselben Familie auftreten. Von mehreren Geschwistern verblöden manchmal die einen in der Jugend, die andern erst im Greisenalter, letztere haben vielfach schon vorher psychopathische Züge [3]), wie halsstarrigen Charakter, Absonderlichkeiten usw., zur Schau getragen. Eine gewisse Verwandtschaft in hereditärer Hinsicht zeigen die Involutionspsychosen und manche Formen der senilen Geistesstörung."

Der zweite Sohn des Angeklagten hat auf mich allerdings den Eindruck eines Schwachsinnigen gemacht auf Grund des äußeren Habitus und seiner Antworten auf meine Fragen [4]). So groß ist auch der Unterschied zwischen Dorf- und Stadtschule heutzutage (der Sohn war damals 16 Jahre alt) nicht mehr, wenigstens nicht im Braunschweigischen. Wenn der Sohn lange in der Dorfschule saß und dann in der Stadtschule aus der vierten Klasse konfirmiert werden mußte, wird er zum mindesten schon in der Dorfschule nicht weit gekommen sein.

[1]) Wien und Leipzig, 1894.

[2]) München 1902.

[3]) S. oben Brief Dr. B.s: „Dieselbe (Mutter S.) war aber in ihrem ganzen Leben nicht ganz richtig usw."

[4]) Einzelheiten sind mir natürlich nicht mehr gegenwärtig.

Was das unmoralische Verhalten der Tochter anlangt, so sind mir die sittlichen Verhältnisse auf dem Lande wohl bekannt. Die Meinung der Vorgutachter kann nur die Mädchen der dienenden Landbevölkerung betreffen. Mit der Moral einer „Hofbesitzerstochter" ist es jedoch auch nach ländlichen Begriffen durchaus nicht vereinbar, daß sie offen gegen das wiederholte und tatkräftige Verbot des Vaters häufig die Nächte bis zum frühen Morgen bei ihrem Liebhaber zubringt. Ein Hof von über 100 Morgen ermöglicht es, den zweiten Sohn studieren zu lassen, sowie die Töchter in Schweizer Pensionen zu schicken und entsprechend in der Stadt zu verheiraten. „Aus einem großen Teile unserer Landleute hat sich eine Bevölkerung entwickelt, die nach Anschauung und Lebensart, nach Bildung und Auftreten dem Städter gleicht und nun den Stand der Ökonomen und kleinen Gutsbesitzer bildet."[1]) Es gehört sicher — nebenbei gesagt — eine nicht unbeträchtliche Unfähigkeit dazu, solchen Hof zu verwirtschaften.

Ich denke, wenn man alles zusammennimmt, den Angeklagten mit seiner Mutter und seinen Kindern[2]), so wird der Schluß nicht allzu kühn erscheinen, daß es sich hier um eine degenerierte Familie handelt.

Im übrigen verweise ich bei der Einschätzung der erblichen Belastung meinerseits auf die Fußnote in meinem „Beitrag" usw. S. 441. Außerdem habe ich im Gutachten bei der Zusammenfassung der Momente S. 447 die erbliche Belastung gar nicht erwähnt.

Die Zweifel an der geistigen Gesundheit des S. sind m. W. gerade während seiner Untersuchungshaft bei den Gefängnisbeamten entstanden, und auf ihre Beobachtungen hin ist die Untersuchung des S. erst angeregt worden. Mir gegenüber haben jene sich dahin geäußert, daß S. geistig „entschieden nicht ganz richtig" sei, daß er „normal nicht" sein könne. Zu meinem größten Erstaunen waren sie aber nicht als Zeugen zu der Verhandlung geladen. Auf meine entsprechende Frage an den Vorsitzenden antwortete der Verteidiger des S., daß jene es nicht gern hätten, als Zeugen vor Gericht zu erscheinen (!). Der Gerichtsarzt hat übrigens, wie in der Verhandlung laut wurde, seit seinem schriftlichen Gutachten vom 5. September 1905, wenigstens zwischen erster[3]) und zweiter Verhandlung, den S. nicht wieder untersucht.

[1]) Zu den Verhältnissen und Anschauungen auf dem Lande vgl. Richard Andree, Braunschweiger Volkskunde, Braunschweig, F. Vieweg & Sohn, 1896, im Vorwort, S. 156 u. 243.

[2]) Bei sorgfältigem Nachforschen hinsichtlich erblicher Belastung ließe sich vielleicht noch viel mehr entdecken. Vgl. Sommer: Psychiatrische Untersuchung eines Falles von Mord und Selbstmord mit Studien über Familiengeschichte und Erblichkeit. Klinik für psych. und nervöse Krankheiten., Bd. 1, Heft 1.

[3]) 17. Oktober 1905.

In dem schriftlichen Bericht der Direktion der Gefangenenanstalten aus dem Jahre 1884 erscheint wesentlich die Bemerkung, daß S. ein geistig beschränkter Mensch sei.

Weshalb die Intoleranz des S. gegen Alkohol mir „glaubhaft“ erschien, ist S. 442 in meinem Gutachten ausgeführt. Soweit ich mich erinnere, hat die Tochter des S. auf meine Frage im Termin angegeben, ihr Vater tränke nicht, da er Alkohol nicht vertragen könne. Wie vorsichtig ich überhaupt diese Intoleranz verwertet habe, geht aus den Ausführungen auf S. 446 unten hervor. Außerdem habe ich S. 447 gesagt „höchstwahrscheinlich“ und darum auf S. 448: „sechs oder fünf Momente“.

In meinem Gutachten S. 435 soll „Verletzungen am Schädel“ (nicht des Schädels) heißen: an den das Gehirn umfassenden Teilen des Kopfes, also den Weichteilen, nicht etwa Schädelbruch (wenn auch der Zeitungsbericht über das Gutachten Dr. Bs. die Symptome des Bruchs der Schädelbasis schildert). Für die Folgen des Unfalls ist es bekanntlich belanglos, ob der Unfall mit äußeren Verletzungen einherging oder nicht, sogar mit oder ohne Bewußtlosigkeit, was u. a. besonders unterrichtend das Kapitel der sogenannten traumatischen Spätapoplexie beweist. Die Vulnerabilität des Gehirns gegen einen mehr oder weniger erheblichen Stoß ist das Wesentliche.

Wenn S. behauptete, von seiner Aussage vor Gericht nichts mehr zu wissen, so scheint mir das für einen Schwachsinnigen, der sich in großer Erregung befand, wo es sich um das Handgemenge seines ältesten Sohnes, den er anscheinend sehr liebt, mit seinem verhaßten Gegner, dem Freiwerber seiner unmoralischen Tochter, handelte, nur sehr natürlich. Bleiben doch schon geistig Gesunde einfachen Standes vor Gericht in sie nicht weiter berührenden Angelegenheiten öfter nicht ganz ruhig, so daß sie nachher kaum wissen, was sie eigentlich ausgesagt haben. Jene Behauptung steht nicht in einem Gegensatz zu der Tatsache, daß das Ereignis der Schlägerei ihm klar vor Augen steht.

Von den Angaben des Angeklagten bei der Prüfung der Sensibilität, des Lagebewußtseins, der Lokalisation habe ich im Gutachten nur die Abstumpfung der Hautempfindlichkeit verwandt, und zwar nur zusammen mit anderen nervösen Erscheinungen (441).

Auch von der Wortpaar- und Bildermethode halten die Epikritiker in diesem Falle nichts. Den Beweis, daß sie hier nicht stichhaltig sei, bleiben sie jedoch schuldig. Die Prüfung mit der Wortpaarmethode habe ich am Tage vor der ersten Verhandlung, also am 16. Oktober, vorgenommen, die mit der Vorlegung von Bildern, nachdem S. aus Königslutter zurück war, also erst Ende Januar des folgenden Jahres; es lagen Monate dazwischen, und

trotzdem fand sich ein merkwürdiges Übereinstimmen in den Mängeln der Auffassung, der Erinnerungsfälschung und der assoziativen Ausmalung. Wenn S. das alles auch simuliert haben soll, müßte er doch sicher ein geistig sehr hervorragender Mensch sein mit vorzüglichem Gedächtnis, der mit listiger Berechnung zu Werke geht, nachdem er den Zweck der Prüfung klar durchschaut hat. Simulation hätte eher nahe gelegen, wenn er in der Echosprache, in der Assonanz gesprochen hätte oder, wenn er dummes, unzusammenhängendes Zeug geredet hätte [1]). Seine Angaben aber waren durchaus sinnentsprechend, und man konnte ihm die Mühe anmerken, die er sich gab, den Fragen des Untersuchers gerecht zu werden.

Ich glaube in der Tat, daß, wer sich so verhält, kein Simulant sein kann, wenigstens nicht ohne entsprechendes Vorstudium; ich habe das Gegenteil nie beobachtet und finde es auch nicht in der Literatur; hingegen ersehe ich bei Cramer, Gerichtl. Psychiatrie, 1. Aufl., S. 174, daß dieser Autor in einem Beispiele von Schwachsinn Simulation ausschließt, da der Untersuchte „bei Fragen, die mehr formelle Dinge betreffen, stets versucht, nach besten Kräften richtig zu antworten“.

Wenn S. den Vorgutachtern gegenüber manches simuliert hat — ich bestreite das keineswegs, gerade da er ja ein Schwachsinniger ist, der übertreibt und simuliert in der Angst um den Ausfall der Untersuchung, deren Bedeutung für seine Zukunft er wenigstens annähernd kennt —, so hat er die Antworten bei der Wortpaar- und Bilderprüfung sicher nicht simuliert, dazu waren sie zu korrekt und seinem Innenleben entsprechend. Die Vorgutachter scheinen ebenso wie der Gerichtsvorsitzende auf dem falschen Standpunkte zu stehen, daß, weil S. Einiges simuliert hat, nun alle seine Antworten als unglaubwürdig anzusehen seien.

Ich weiß nicht, wie die Epikritiker zu der Anschauung gekommen sind, ich hätte den bei der Schlägerei verwandten Stein als Beweis für die Fehlerinnerung angeführt, und ich hätte angenommen, der Stein hätte nur in der Phantasie des Angeklagten existiert. Die Sache verhielt sich doch so: Die Anklage behauptet, S. habe von dem Vorgang der Schlägerei nichts gesehen, dann hätte er also nur die Verwundungen des Sohnes und den P. nach der Schlägerei gesehen. S. behauptete aber, die Schlägerei gesehen zu haben, und beschrieb diese. Danach war also entweder nach Ansicht der Anklagebehörde diese Behauptung eine bewußte Lüge, oder nach meiner Auffassung das ganze vermeintliche Erlebnis des S. eine Fehlerinnerung, die das wirkliche Nichtwissen der Schlägerei verdeckte

[1]) S. z. B. Penta, Simulation von Geisteskrankheit, deutsch von Ganter. Würzburg, 1906, S. 42.

und ausgegangen war von dem Anblik der Wunden des Sohnes und dem Bewußtsein, daß P. bei seinen Raufereien stets einen harten Gegenstand (Stein) zum Schlagen zu benutzen pflegte. Ich bin in der Tat davon ausgegangen, daß der Stein bei der Schlägerei wirklich verwandt worden ist. Wenn die Anklage recht hatte, konnte S. auch den Stein nicht gesehen haben. Wie konnte er aber behaupten, daß P. den Sohn mit einem Stein bearbeitet habe? Einmal, weil er von P. wußte, daß er immer einen Stein zum Schlagen benutzte, und dann, weil er auf Grund dieses Gedankengangs aus der Verwundung des Sohnes vermöge seiner Neigung zur assoziativen Ausmalung des Wahrgenommenen, wie sie eben die Untersuchungen mit der Bildermethode ergeben haben, auf eine Verwendung des Steins durch P. bei der Prügelei schloß. Nicht also der S t e i n existierte bloß in der Phantasie des S., sondern d e s s e n V e r w e n d u n g, also die ganze Prügelei, für den Fall, daß er von der Schlägerei wirklich nichts gesehen hatte.

Was schließlich die Beurteilung der Schwachsinnigen durch Laien anbetrifft, noch dazu, wenn diese nicht in dauerndem und intimerem Verkehr mit ihnen gelebt haben, wie z. B. befreundete und nachbarliche Altersgenossen (Gemeindevorsteher) u. a., so wissen wir ja, daß sie jene nur gar zu leicht verkennen und sie öfter für „ä u ß e r s t g e r i s s e n e M e n s c h e n“ halten, daß ferner nicht zuletzt die Juristen gern in diesen Fehler höchst einseitiger Beurteilung auf psychiatrischem Gebiet verfallen.

Holte doch auch in diesem Prozesse der Staatsanwalt das alte juristische Steckenpferd hervor, den „g e s u n d e n M e n s c h e n v e r s t a n d“. Heißt es doch in einem Zeitungsbericht über die zweite Verhandlung gegen S.:

„Die wissenschaftliche Befähigung des Herrn Dr. Hampe in allen Ehren, bitte er (Staatsanwalt) die Geschworenen, den Angeklagten ihrerseits auf Grund des gesunden Menschenverstandes zu beurteilen, und dann würden sie die in erster Linie gestellte Schuldfrage bejahen müssen, was er damit beantrage“.

Es ist gewiß kein erhebendes Gefühl, als Sachverständiger sein Gutachten abgeben zu m ü s s e n und doch schon zu wissen, daß die Richter die „wissenschaftliche Befähigung“ gar nicht brauchen, sondern auf Grund ihres „gesunden Menschenverstandes“ viel besser über geistige Gesundheit urteilen können.

Ich glaube, wichtiger als alle „Ergänzung“ nachher, die ja doch keinen großen Wert mehr haben kann, da n a c h h e r doch ein jeder bei seiner Meinung verharren muß, wäre von vornherein die Frage gewesen: W a s l e h r t d e r F a l l S.?

Nun, er lehrt Manches, dem nicht abzuhelfen ist, wenigstens einstweilen nicht; aber er lehrt meines Erachtens wenigstens eins, das an-

zustreben ist, nämlich, daß die Sachverständigen über eine Frage sich vorher „ergänzen“, d. h. verständigen sollten, um vielleicht dann durch die geschlossene Phalanx den Richtern etwas mehr Achtung vor der „wissenschaftlichen Befähigung“ einzuflößen. Dem Ansehen der Wissenschaft kann es nur schaden, wenn die Sachverständigen in öffentlicher Verhandlung gezwungen werden, sich gegenseitig zu bekämpfen.

Erfreulicher als diese Schwurgerichtsverhandlung war der weitherzigere Standpunkt eines Kriegsgerichts aus der letzten Zeit. Es stellte aus sich selbst heraus ohne vorhergegangenen entsprechenden Antrag vor der Verhandlung die Akten allen Sachverständigen zur Verfügung. Da aus den Akten kein näherer Aufschluß über das Vorleben des Angeklagten zu ersehen war, anderseits bei diesem höchstwahrscheinlich moralischer Schwachsinn mit Unzurechnungsfähigkeit vorlag, stellte ich vor der Verhandlung brieflich den Antrag, beide Eltern, etwaige Lehrer, den Geistlichen, der jenen konfirmiert hatte, seinen Lehrherrn usw. als Zeugen zur Verhandlung zur Klärung jener Sachlage zu laden, auch über die zivilgerichtlichen Vorstrafen Erkundigungen einzuziehen. Dem Antrag wurde sofort Folge geleistet. Zugleich hatte ein anderer Kollege (Nicht-Psychiater) den Antrag auf Anstaltsbeobachtung des Angeklagten, ebenfalls brieflich, gestellt. Auch dem wurde sofort entsprochen. Als das Anstaltsgutachten vorlag, erhielt ich eine Zuschrift vom Kriegsgericht, worin diese Tatsachen mitgeteilt wurden unter gleichzeitiger Wiederzurverfügungstellung der Akten mit der Empfehlung, sich mit den übrigen (namhaft gemachten) Sachverständigen in Verbindung zu setzen und womöglich zu „einigen“.

In dem Anstaltsgutachten fand ich meine Ansicht hinsichtlich der Diagnose bestätigt und las des weitern in den Akten, daß der Angeklagte gegen weitere Inhaftnahme Beschwerde eingelegt hatte und dieser Beschwerde Folge gegeben war mit dem Hinweise, daß nach den ärztlichen Gutachten der Angeklagte freigesprochen werden würde und daher kein Grund zu seiner weitern Inhafthaltung vorliege.

Dieses Verfahren steht, ganz abgesehen von dem psychiatrischen Endresultat, auf einem wesentlich moderneren Standpunkt, den hoffentlich in Zukunft Ärzte und Juristen im forensisch-psychiatrischen Gebiet immer mehr annehmen werden.

* * *

Bemerkung des Herausgebers

Es ist leider redaktionell unmöglich, die Diskussion über den Fall S. hier weiterzuführen. Wer die einander entgegenstehenden Meinungen

unbefangen liest, wird erkennen, daß trotz der differenten Ansichten die Gutachten viel Gemeinsames enthalten, während die strafrechtliche Bewertung besonders des Zustandes zur Zeit der Handlung eine verschiedene ist.

Es scheint als eine wesentliche Aufgabe der klinischen Psychiatrie, einfache Methoden zu schaffen und anzuwenden, welche einerseits das Urteil über die Simulationsfragen aus dem zweifelhaften Gebiet des Subjektiven befreien und Sicherheit darüber geben, ob Simulation vorliegt, und ob diese im einzelnen Fall ein Symptom von Schwachsinn ist, andererseits die Erscheinungen der Gedächtnisstörung, Erinnerungsfälschung, der bewußten und unbewußten Fehlaussage besser erkennen und unterscheiden lehren.

IV.

Ein Schema zur Untersuchung von Idioten und Imbezillen für Idioten- und Epileptikeranstalten, Hilfsschulen, Zwangserziehungsanstalten und verwandte Einrichtungen.

Von Professor Dr. **Sommer** in Gießen.

Bei dem „Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung von angeboren Schwachsinnigen", der in Gießen vom 2. bis 7. April 1906 abgehalten wurde, hat sich aus der vielfachen Berührung von Ärzten, Hilfsschullehrern sowie Direktoren von Idioten- und Zwangserziehungsanstalten neben anderen gemeinsamen Interessen auch das Bedürfnis ergeben, zur Untersuchung von angeboren Schwachsinnigen und Imbezillen für Idioten- und Epileptikeranstalten, Hilfsschulen, Zwangserziehungsanstalten und verwandte Einrichtungen ein gemeinsames Schema zu schaffen. Zwar sind schon an vielen Orten Fragebögen dieser Art im Gebrauch, sie sind jedoch trotz der vielfachen gemeinsamen Interessen und Gesichtspunkte im einzelnen so verschieden, daß der Gedanke einer prinzipiellen Einigung über die in der Natur der Sache liegenden allgemeinen Erfordernisse sehr nahe liegt.

Zur weiteren Behandlung der Sache wurde bei dem Kurs eine Kommission eingesetzt, die außer dem Verfasser dieses Berichtes aus folgenden Herren besteht: Rektor Henze-Hannover, Direktor Keller, Alicestift Darmstadt, Professor Dr. Klumker, Zentrale für private Fürsorge, Frankfurt a. M., Stadtarzt Dr. König, Frankfurt a. M., Dr. Lay, Karlsruhe, Dr. Meltzer, Landeserziehungsanstalt Chemnitz, Professor Dr. Weygandt in Würzburg. Durch Überlastung mit Arbeit und andere Umstände bin ich lange Zeit verhindert worden, die begonnene Arbeit weiterzuführen, so daß ich erst jetzt dazu kommen konnte, den Entwurf fertig zu stellen. Diesen lege ich nunmehr hiermit den Mitgliedern der Kommission zur Äußerung vor. Ich bin dabei von dem Schema zur psychiatrischen Gesamtuntersuchung ausgegangen, das in der Diagnostik der Geisteskrankheiten, II. Auflage S. 128, veröffentlicht wurde und

habe sodann eine Reihe von anderen Fragebögen verglichen. Es sind somit bei dem Entwurf eine Anzahl von Schematen berücksichtigt werden, die

1. die psychiatrische Diagnostik im Allgemeinen.
2. die Idiotenanstalten.
3. Hilfsschulen,
4. Zwangserziehungsanstalten betreffen.

Die Vergleichung der unter eins bis vier genannten Fragebögen zeigte, daß der oben erwähnte am meisten umfaßte, während in den anderen Schematen bestimmte Punkte der Gesamtuntersuchung entsprechend dem besonderen Zweck (Aufnahme in Idiotenanstalten, Zwangsanstalten. Hilfsschulen) nur stärker betont waren, unter geringerer Berücksichtigung oder Ausschaltung anderer, die in allgemein psychiatrischer und medizinisch-psychologischer Hinsicht doch von Bedeutung sind.

Wollte man also letztere Beziehung im Auge behalten und dabei doch auf die einzelnen Sonderbedingungen (der Idioten und Zwangserziehungsanstalten. Hilfsschulen usw.) Rücksicht nehmen, so mußte man diese möglichst klar herausstellen und in dem modifizierten psychiatrischen Schema zum Ausdruck bringen.

Betrachten wir die dabei in Betracht kommenden Punkte: 1. Für die Aufnahme in Idioten- und Epileptikeranstalten sind besonders die Fragen von Wichtigkeit. welche die angeborenen oder früh erworbenen Zustände betreffen. Diese beziehen sich einerseits auf morphologische Momente besonders des Schädels (hydrokephalische Kopfform, Mikrokephalie. Asymmetrien, Verknöcherungen der Nähte und Fontanellen, Verhältnis von Kopf- und Gesichtsskelett u. a.) und des gesammten Skelettes (Zwergwuchs, Rachitis usw.), andererseits auf die motorischen Verhältnisse (Lähmung von einzelnen Gliedern z. B. bei zerebraler Kinderlähmung, allgemeine Krämpfe, ferner die ganze Bewegungsart), schließlich auf bestimmte psychische Funktionen, soweit diese in sehr frühem Alter zum Vorschein kommen. Im Gegensatz zu den methodischen Prüfungen, die an Erwachsenen oft möglich sind. ist man hier meist auf Angaben über frühzeitig auffallende Erscheinungen (z. B. sinnlose Bewegungen. unartikuliertes Schreien, Mangel an bestimmten primitiven Reflexhandlungen z. B. Störungen des Saugens, Speichelfluß u. a.) angewiesen. Ferner kommt das Ausbleiben oder verlangsamte Eintreten der sprachlichen Leistungen sehr in Betracht. Ätiologisch bedarf zunächst die Art der Geburt (Zeitdauer, Schädellage. Kunsthilfe) einer genaueren Prüfung. als es im allgemeinen bei später geisteskrank Gewordenen üblich und nötig ist. Das gleiche gilt für die Zeit der Schwangerschaft, wobei Sorgen. Schreck. mechanische Verletzungen. körperliche, be-

sonders fieberhafte Krankheiten, toxische Einwirkungen, z. B. durch Alkohol oder Medikamente u. a., in Betracht kommen. Ebenso sind der Zustand der Eltern bei der Zeugung und deren allgemeine Gesundheitsverhältnisse zu beachten, wobei besonders Alkoholismus, Tuberkulose, Syphilis u. a. in Frage kommt.

Für beide Eltern sind ganz im Sinne der allgemeinen psychiatrischen Auffassung die hereditären Verhältnisse in bezug auf Nerven- und Geisteskrankheiten sowie auf hereditär auftretende körperliche Krankheiten, besonders Tuberkulose, zu untersuchen. Sodann sind die besonderen Symptome des Schwachsinns zu beschreiben. Aus all diesen Momenten ist womöglich ein bestimmter Schluß auf die besondere Art der Krankheit, die zur Idiotie geführt hat, zu ziehen.

Der Fragebogen soll also zunächst der klinischen Kennzeichnung und Differenzierung der Krankheitsbilder dienen.

Der mehr oder minder hohe Grad der Störung wird durch die Worte Idiotie und Imbezillität bezeichnet, die also lediglich im allgemein psychopathologischen Sinne verwendet werden und innerhalb der einzelnen klinischen Gruppen die funktionelle Stufe des angeborenen Schwachsinnes ausdrücken.

Außer diesen Momenten kommt nun die Art und der Grad der Bildungsfähigkeit in Betracht.

Hierbei ist die Fähigkeit der Sprache vor allem in Betracht zu ziehen. Es muß zunächst geprüft werden, ob sämtliche einzelne Laute nachgebildet werden können, ob gleichbleibende isolierte Defekte dabei hervortreten, was man mit dem Namen Stammeln im engeren Sinne bezeichnet, ferner ob Silben, Worte, Sätze vorgebracht werden können, wobei auf die krampfhaften Erscheinungen des Stotterns zu achten ist. Mit der Prüfung der Sprache ist die Untersuchung des Vorstellens und Denkens unmittelbar verknüpft. Hierbei kommt zunächst die Benennung von Gegenständen in Betracht. Man kann dabei entweder auf bestimmte Dinge hinzeigen und nach dem Namen fragen oder Bilder vorweisen. Zum Zweck systematischer Prüfung ist das letztere besser. Zu methodischen Untersuchungen tut man gut, einen besonderen Apparat zur Exposition von optischen Reizen zu verwenden, wie er z. B. in der Gießener Klinik benutzt wird [1]). Solange noch kein psychiatrisches Bilderbuch für solche Zwecke zu haben ist, schneidet man sich am besten aus Kinderbüchern einzelne Bilder aus und klebt sie auf Blätter von gleicher Größe auf. Man exponiert diese einfachen optischen Reize dann durch Umdrehen der Blätter und

[1]) Vgl. G. Hempel, Spiegelapparate zur Exposition optischer Reize, Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1907, Nr. 243. Bezugsquelle Zimmermann-Leipzig. Preis ca. 30 M.

notiert die sprachliche Reaktion. Sehr zweckmäßig wird schon hiermit eine einfache Zeitmessung mittels der feststellbaren $^{1}/_{5}$ Sekundenuhr verbunden. Es ist hier nicht unsere Aufgabe, die ganze Methodik der Untersuchung von Schwachsinnigen zu entwickeln, sondern es soll nur klargestellt werden, welche besonderen Rücksichten auf die Interessen der Idiotenanstalten, Hilfsschulen und Zwangserziehungsanstalten bei der Zusammenstellung eines gemeinsamen Fragebogens zu nehmen sind.

Schon für die Idiotenanstalten empfiehlt es sich, neben den neurologisch-psychiatrischen und medizinisch-psychologischen Gesichtspunkten die *pädagogischen* im weitesten Sinne zu beachten. Dabei sollen die medizinisch-psychologischen Feststellungen die Grundlage und Richtung für die *erzieherischen* Versuche bieten.

Vor allem darf die Pädagogik nicht einseitig auf das hinauslaufen, was man als *Schulbildung* im engeren Sinn bezeichnen kann, sondern muß im allgemeinen das Ziel verfolgen, aus der *Erkenntnis* der *Grundfähigkeiten* eine möglichst zweckmäßige *Betätigung* der angeboren Schwachsinnigen bei dem Zusammenleben in der Anstalt oder, soweit als möglich, auch außerhalb der Anstalt im sozialen Leben durch pädagogische Maßnahmen herbeizuführen. Gerade bei der Idiotenerziehung ist die Betonung dieses über eine reine *Schulbildung* hinausgehenden Zweckes sehr nötig, weil neben der Normalschule und auch der Hilfsschule noch der bildende und in vieler Beziehung entwickelnde Einfluß der *Familie* zur Wirkung kommt, während bei den in den Idiotenanstalten untergebrachten Kindern Arzt und Lehrer die Familie auch im weiteren erziehlichen Sinne vertreten müssen. Es dürfen daher die in dem Untersuchungsbogen auf die erziehliche Seite bezüglichen Fragen nicht nur die für die Schulbildung wichtigen Fähigkeiten betreffen, sondern müssen im weiteren Sinne gehalten sein.

Gehen wir nun zweitens auf die Bedürfnisse der *Hilfsschulen* ein, so steht bei diesen scheinbar das *erziehliche* Moment ganz im Vordergrunde. Bei genauerer Untersuchung zeigt sich jedoch, daß gerade auch in diesem Gebiet das *psychopathologische* Moment in ärztlicher Beziehung sehr zu berücksichtigen ist. Die in den Hilfsschulen unterrichteten Kinder zeigen bei genauerer Untersuchung im allgemeinen die gleichen *Krankheitsarten*, wie wir sie auch in den *Idiotenanstalten* finden, nur in der Regel in einem geringeren Grade. Imbezillität und Idiotie sind eben nicht *Krankheitsgruppen*, sondern graduelle Abstufungen, die sich innerhalb jeder Krankheitseinheit finden. Daher hat es die Hilfsschule sehr häufig mit Krankheitssymptomen leichterer Art als in den Idiotenanstalten zu tun, die jedoch für die Erziehung oft außerordentlich störend sind. Diese kann daher durch medizinische Mittel sehr zweck-

mäßig unterstützt werden, wie dies z. B. bei den mit hysterischen und epileptoïden Symptomen behafteten Kindern sehr am Platze ist. Der Arzt kann hierbei nicht selten durch richtige Stellung der Diagnose und entsprechende Behandlung dem Lehrer für seine Zwecke viel helfen. Es dürfen daher bei den in den Hilfsschulen unterrichteten Kindern und dem hierauf bezüglichen Fragebogen die medizinischen Feststellungen nicht vernachlässigt werden und müssen sich im Grunde an die für Idiotenanstalten zweckmäßigen Untersuchungsschemata anlehnen, wenn auch bestimmte Punkte viel stärker zu betonen sind. Diese beziehen sich besonders auf den Grad der Bildungsfähigkeit für die Schule und das Zusammenleben mit anderen imbezillen Kindern in dieser. Mehrfach habe ich es erlebt, daß Kinder, die an sich die Fähigkeit haben, etwas Schulbildung zu erhalten, wegen ihrer moralischen Defekte und sonstigen krankhaften Anlagen sich für die Hilfsschule nicht eignen und auch den geduldigsten und geschicktesten Lehrer in Verlegenheit bringen, wenn auf dem Verbleiben in der Hilfsschule bestanden wird. Hier kann der Psychiater den bedrängten Hilfsschullehrer durch die Feststellung des stark pathologischen Gesamtzustandes bei einem Kinde aus einer manchmal unangenehmen Lage befreien. Jedenfalls sind in einem Fragebogen für die Hilfsschulen die auf das Zusammenleben der Kinder in der Hilfsschule bezüglichen Punkte sehr hervorzuheben, wenn man nicht trotz der in einzelnen Punkten vorhandenen Bildungsfähigkeit große Schwierigkeit bekommen will.

Fragen wir uns nun nach den Bedürfnissen der Zwangserziehungsanstalten. Daß bei den hier untergebrachten Kindern und Halberwachsenen die hereditären Momente sehr zu beachten sind, ist allgemein anerkannt. Das jugendliche Verbrechertum beruht, abgesehen von den Einflüssen der Umgebung, die zu einer Erziehung im negativen und gesellschaftsfeindlichen Sinne führen können, im allgemeinen auf perversen moralischen Anlagen, die genetisch sicher mit der großen Gruppe der pathologischen Degenerationszustände zusammenhängen, wenn auch die betreffenden Individuen für eine psychiatrische Behandlung nicht geeignet sind, sondern in strenger Zucht gehalten werden müssen.

Dabei tritt sehr häufig der große Unterschied zwischen der relativ guten Beschaffenheit der intellektuellen Fähigkeiten und dem völligen Defekt von ethischen Gefühlen und Antrieben hervor. In dieser Hinsicht ist also besonders das Gefühlsleben, die Willensrichtung, die ganze moralische Beschaffenheit der Kinder hervorzuheben, während manche der früher genannten Punkte weniger wichtig sind. Trotzdem sind auch in diesem Gebiet eigentlich pathologische Züge besonders hysterischer und epileptischer Art viel häufiger, als es bei einer einseitig moralisierenden Betrachtung erscheinen kann, und gerade die Er-

fahrensten unter den Erziehern und den Leitern von solchen Anstalten sind durch eigene Erfahrung, vielleicht auch durch Berührung mit psychiatrischer Denkweise auf diese eigentlich psychopathischen Momente aufmerksam geworden. Gerade sie werden daher die Beachtung der psychopathologischen Züge bei der Gestaltung eines Fragebogens für ihre Zwecke durchaus für richtig halten.

Somit zeigt sich immer mehr, daß die Interessen der drei großen Teile des ärztlichen und pädagogischen Wirkens in diesem Gebiet, der Idioten- und Epileptikeranstalten, der Hilfsschulen und der Zwangserziehungsanstalten, sich in bezug auf die Schaffung eines einheitlichen Fragebogens in vielen Punkten decken, wenn auch jede Gruppe ihre besonderen Erfordernisse aufweist.

Sicher würde die Schaffung eines einheitlichen Schemas für diese im Grunde zusammenhängenden sozialen Einrichtungen gegenüber der jetzigen völligen Zersplitterung außerordentlich viel Zweckmäßiges haben und den Beobachtungen über eine sehr große Zahl von abnorm veranlagten Individuen erst die Vergleichbarkeit geben, die als Voraussetzung einer umfassenden Erkenntnis und gemeinsamen Handelns erscheint.

Aus diesen Überlegungen ist der folgende Entwurf entstanden, der den genannten Mitgliedern der Kommission, die bei dem Kurs eingesetzt wurde, zur Beurteilung zugesandt worden ist.

Schema

zur Untersuchung von Idioten und Imbezillen für Idioten- und Epileptikeranstalten, Hilfsschulen, Zwangserziehungsanstalten und verwandte Einrichtungen.

Name	Geburtstag	Diagnose
Konfession	Heimat	
Name und Stand der Eltern		
Aufzunehmen in die		
a) Idiotenanstalt		
b) Hilfsschule } in		
c) Zwangserziehungsanstalt		

A. Körperlicher Zustand.

I. Körperbau.

a) Allgemeine Charakteristik. (Zu beachten sind vor allem Körperlänge, Gewicht, ferner Entwicklungshemmungen, Asymmetrieen, Verhältnis der Extremitäten zum Rumpf.)

b) Besondere Charakteristik des Schädelbaues. (Asymmetrieen besonders an der Stirn, Zustand der Nähte, Folgen von Verletzungen.)

Im Falle genauerer Messung empfehlen sich folgende Maße:

1. Längsdurchmesser (L. D.), gemessen von der Mitte zwischen den knöchernen Augenbrauenbogen (Arcus superciliares) bis zum Vorsprung am Hinterhaupt (Protuberantia occipitalis externa).

2. Umfang (U.), in einer durch die gleichen Punkte gehenden Ebene.

3. Sagittalbogen (S. B.), gemessen von den gleichen Punkten.

4. Querdurchmesser (Q. D.), gemessen von den oberen Ansatzstellen der Ohrmuscheln, bzw. von den Schnittstellen des darüber errichteten Frontalbogens mit der Ebene des Umfanges.

5. Frontalbogen (F. B.), gemessen von den zuletzt genannten Punkten bei horizontaler Einstellung des Längsdurchmessers.

II. Hautbeschaffenheit: Farbe, Konsistenz, Ernährungszustand, Faltenbildung. Zu beachten sind besonders Ödeme. Myxödem, trophische Störungen.

III. Temperatur: Verteilung der Wärme am Körper. Fieberbewegungen.

IV. Innere Organe, besonders Verdauungssystem.

V. Besondere Untersuchung des Blutgefäßsystems: Herz, arterielles Gefäßsystem, Puls, Verteilung und Füllung der Gefäße an der Haut, speziell im Gesicht.

VI. Sekretionserscheinungen: Beschaffenheit des Urins, Speichelsekretion, Schweißsekretion.

VII. Muskelzustände:

a) Allgemeine Anlage des Muskelsystems.

b) Neurologisch wichtige Erscheinungen: Lähmungen, Muskelspannungen, -zuckungen usw. Befund an den Kopfnerven. Besonders Krämpfe; Art derselben: allgemeine oder in bestimmten Muskelgruppen lokalisierte Krämpfe. Empfindungen vor dem Anfall (Aura.) Bewußtseinsverlust. Erinnerungslosigkeit.

VIII. Haltungen des Körpers. Eigenartige Stellungen. Manieren.

IX. Ausdrucksbewegungen, besonders im physiognomischen Gebiet. Verziehung bestimmter Muskelgruppen (Grimassen).

X. Reflexe. Möglichste Einheit des Reizes, Prüfung der mechanischen Bedingungen, scheinbares und wirkliches Fehlen, Steigerung.

Kniephänomene, Fußklonus. Pupillenweite, Differenzen, Reaktion auf Licht (gemessen mit welchem Licht?). akkommodative Mitbewegung. Andere Reflexe (Biceps-, Triceps-, Facialisreflexe, Cremasterreflexe usf.).

XI. Sonstige nervöse Erscheinungen, speziell auch subjektiver Natur (Anästhesie, Parästhesie usf.).

B. Entwicklung der Krankheit.

I. Name des Referenten. (Es ist zu beachten, in welcher Beziehung Referent zu dem Kranken steht, welchen Eindruck derselbe macht, ob bestimmte Denkfehler bei ihm wiederkehren, ob seine Darstellung nach einer Richtung zugeschnitten erscheint.)

II. Körperliche und geistige Beschaffenheit der Eltern. Krankheiten derselben, Infektionskrankheiten, besonders Lues, Tuberkulose; Epilepsie, Stoffwechselkrankheiten. Psychische Eigentümlichkeiten derselben. Kriminalität, Geisteskrankheiten, eventuell Anstaltsbehandlung.

III. Sonstige Heredität. Gesamtzahl der Geschwister. Störungen bei den direkten Ahnen des Kranken. Störungen in den Seitenlinien der Vorfahren. Art dieser Störungen.

IV. Zustand der Mutter bei der Gravidität. Geburtsverlauf.

V. Ernährung des Kindes (Muttermilch, künstliche Ernährung usw.).

VI. Krankheiten des Kindes, besonders Krämpfe, Lähmungen, Veränderungen des Schädels (Wasserkopf u. a.).

C. Psychischer Zustand.

I. Sprache. Sprachliche Entwicklung, Zeit des Beginnes derselben, rasche oder verlangsamte Entwicklung, Verlust von schon erworbenen Lauten und Worten. Unartikulierte Laute, artikulierte Äußerungen, Nachsprechen von Buchstaben (Vokalen und Konsonanten), Silben, Worten: Fehlen einzelner Laute (Stammeln), Stocken und Hängenbleiben bei verschiedenen Lauten (Stottern). Nach Prüfung des motorischen Gebietes (Stottern, Stammeln, Paresen, Zuckungen, Mitbewegungen usw.) Feststellung der Erscheinungen im sensorischen Gebiete (Wortgedächtnis, Umfang des Sprachschatzes).

II. Triebleben z. B. Heftigkeit, Ungebärdigkeit, Furchtsamkeit, auffallend frühe Entstehung sexueller Wollust (Reiben an den Geschlechtsteilen usw.).

III. Stimmungslage und -anomalieen. Qualität der Stimmung, innere oder äußere Ursachen derselben. Konstanz oder Wechsel der Stimmung, physiognomischer Ausdruck der Stimmung, sonstige körperliche Begleiterscheinungen, z. B. bei Angst, Einfluß auf den Vorstellungsablauf.

IV. Soziales Verhalten. Unreinlichkeit, Störung der Umgebung durch Schreien usf., aggressives Verhalten. Gefährlichkeit.

V. Moralischer Charakter. Mitleid mit Tieren oder brutales Verhalten gegen diese, Roheit u. a.

VI. Bewußtseinsvorgänge. Darstellung der Reaktionen in sprachlicher und physiognomischer Beziehung auf Anreden und sonstige äußere Reize.

VII. Gedächtnis: Fähigkeit der Reproduktion, Gedächtnislücken, Fähigkeit, neue Eindrücke zu merken.

VIII. Entwicklung des Verstandes (von Assoziationen Begriffen und Schlüssen u. a., Schlauheit). Fähigkeit zum Unterricht.

IX. Bildungsfähigkeit für die Schule bzw. Voraussetzungen zum Unterricht in der Hilfsschule. Intellektueller Zustand, Beeinflußbarkeit durch Zureden, Disziplin, Verhalten gegen die Mitschüler, störende Eigenschaften, moralisches Verhalten. Ev. schon erworbene Kenntnisse.

a) Schulkenntnisse:

1. Alphabet, 2. Zahlenreihe, 3. Monatsnamen, 4. Wochentage, 6. Vater unser, 6. Zehn Gebote u. a.

b) Zahlbegriffe und Rechenvermögen, ev. unter Anwendung folgender Fragen

Aufgabe	Antwort	Zeit	Bemerkungen
$1 \times 3 = ?$			
2×4			
3×5			
4×6			
5×7			
6×8			
$2 + 2 = ?$			
$3 + 4$			
$4 + 6$			
$5 + 8$			
$8 + 14$			
$11 + 20$			

Aufgabe	Antwort	Zeit	Bemerkungen
3 — 1 = ?			
8 — 3			
13 — 5			
18 — 7			
29 — 10			
40 — 13			
8 : 2 = ?			
18 : 3			
32 : 4			
30 : 5			
18 : 6			

c) Untersuchung der Schrift: Schriftprobe (womöglich Name, Heimat, Geburtstag.) Auffallende Merkmale der Schrift, u. a. Beschaffenheit der einzelnen Buchstaben (z. B. Zittererscheinungen), Verbindung derselben zu Worten, z. B. Auslassungen von Buchstaben. Verbindung zu Sätzen, z. B. Fehlen des grammatikalischen Zusammenbanges, Umstellungen.

X. Sonstige Erziehbarkeit. Fähigkeiten zu Hausarbeit, Gartenarbeit, Handwerk.

XI. Beeinflußbarkeit. Einfluß von psychischen Momenten, besonders Beeinflussung durch Vorstellungen.

Suggestibilität im Gebiet der Muskelzustände.

XII. Assoziationen. Assoziative Verknüpfungen in den spontanen Äußerungen des Kranken. Prüfung der Reaktionen auf zugerufene Reizworte.

XIII. Urteilsvermögen. Mangelhafte Beurteilung der Umgebung, Mangel an Selbstkritik, Mangel an Urteil in einfachen Angelegenheiten, Zeichen von Schwachsinn.

D. Besondere Wahrnehmungen.

E. Wesentliche Symptome.

(Unter Hinweis auf obigen Befund mit bestimmter Äußerung, ob ausgeprägte Idiotie oder Imbezillität vorliegt.)

F. Bisherige Behandlung und Unterbringnng.

G. Indikation znr Behandlung in:

a) Idiotenanstalt oder Epileptikeranstalt.
b) Hilfsschule.
c) Fürsorgeerziehungsanstalt.

Ort und Zeit: Untersuchender Arzt:

Über die noch ausstehenden Äußerungen der einzelnen Komiteemitglieder zu vorstehendem Entwurf wird später berichtet werden unter Mitteilnng des endgültigen Schemas.

V.

Bericht über den internationalen Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie zu Giessen 15.—20. April 1907.

Von Professor Dr. **Dannemann**-Gießen.

Die erste Einladung zu einem „internationalen Kurs für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie" ging von Professor Sommer aus, der die ihn zur Veranstaltung eines solchen bestimmenden Gesichtspunkte im Herbst 1906 in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift kurz darlegte, wie folgt:

„Bei dem Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen, der in Gießen vom 2. bis 7. April 1906 unter Beteiligung von über 100 Ärzten und Lehrern aus Deutschland und den angrenzenden Ländern abgehalten wurde, war auch auf die strafrechtliche und soziale Seite des Themas Rücksicht genommen worden, so daß die Behandlung zum Teil in das juristische Gebiet übergehen mußte. Während dieses inhaltlich vertreten war, fehlten in der Versammlung von Ärzten, Lehrern und pädagogisch tätigen Geistlichen die Juristen vollständig. Der Grund lag vermutlich wesentlich in der hauptsächlich für Ärzte und Lehrer geeigneten Art der Ankündigung.

Schon damals tauchte in der Versammlung der Gedanke auf, in ähnlicher Weise das Thema der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie entweder mit Einschränkung auf die Schwachsinnsformen oder mit Erweiterung auf das Gesamtgebiet des forensisch Wesentlichen auf dem Boden der medizinischen Psychologie in einer für Juristen und Mediziner geeigneten Weise zu behandeln.

Bald darauf hatte ich bei dem internationalen Kongreß für Kriminal-Anthropologie in Turin Gelegenheit, in Gestalt des Referates über die neueren Methoden der Kriminalpsychologie einen Teil dieses allgemeinen Programms auszuführen. Nachdem in Turin beschlossen worden ist, den nächsten Kongreß dieser Art zum erstenmale in Deutschland 1910 abzuhalten und mich mit den Vorbereitungen zu betrauen, habe ich einen neuen Antrieb erhalten, einen Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie zu organisieren, der zugleich als methodische Vorbereitung auf den nächsten Kongreß für Kriminal-Anthropologie wirken könnte. Es muß sich bei diesem wesentlich darum handeln, die Einsicht in die Natur der Verbrecher ohne alle dogmatische Voreingenommenheit auf dem Boden der psychologischen und psychiatrischen Erfahrung nach Möglichkeit zu fördern.

Sehr bestärkt wurde ich in der Absicht durch das lebhafte und gedeihliche Zusammenwirken von Juristen und Ärzten in der im Großherzogtum Hessen entstandenen Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie, die schon in der 1½ jährigen Zeit ihres Bestehens eine nicht zu unterschätzende Arbeit geleistet hat. Dieselbe bedeutet einen weiteren Schritt auf dem in Deutschland wie in anderen Ländern allmählich begangenen Wege einer Annäherung von Juristen und Medizinern zur Lösung gemeinsamer sozialer Aufgaben."

Als Mitvortragende benannte der Veranstalter die Professoren Mittermaier (Strafrecht) und Aschaffenburg sowie den Referenten, der seit einer Reihe von Jahren mit Lehrauftrag für forensische Psychiatrie an der Gießener Universität versehen ist.

Schon sehr bald nach dem Erscheinen dieser ersten Einladung liefen zahlreiche Anfragen von Interessenten ein, die zur Teilnahme geneigt waren. Ihre Anzahl schwoll aber in einer von dem Veranstalter in diesem Umfange nicht geahnten, erfreulichen Weise an, nachdem die Themata der Kursvorträge genauer präzisiert und veröffentlicht waren. Dankend muß der Bereitwilligkeit gedacht werden, mit welcher die größte Mehrzahl deutscher und ausländischer Tageszeitungen von Bedeutung sowie die juristische und medizinische Fachpresse das genauere Programm zur Kenntnis der interessierten Herren brachte. Des weiteren ist mit lebhaftem Danke das Entgegenkommen zahlreicher Behörden deutscher Bundesstaaten und auch des Auslandes hervorzuheben, an welche das Ersuchen gerichtet worden war, den zur Teilnahme am Kurs geneigten Herren aus juristischen und gerichtsärztlichen Kreisen diese, wenn möglich, zu erleichtern. So erließ das bayrische Staatsministerium ein Rundschreiben, in welchem es verfügte, daß die Irrenanstaltsärzte und Landgerichtsärzte auf den Kurs aufmerksam zu machen seien. Justizbehörden anderer deutscher Bundesstaaten gaben ihrem Interesse durch Zuschriften Ausdruck, so das württembergische Justizministerium. Waren nicht alle in der Lage, ihren Beamten den Besuch des Kurses durch pekuniäre Vergünstigungen zu erleichtern, so nahmen doch einzelne (z.B. Mecklenburg-Schwerin, Bremen) Gelegenheit, in liberalster Weise dies zu tun, ein Beweis für die Schätzung des Unternehmens und seiner Ziele durch die betreffenden behördlichen Zentralen. Daß die Ministerien des hessischen Staates durch Abordnung einer größeren Anzahl von Kreis- und Irrenärzten sowie Beamten der Rechtsprechung und des Strafvollzuges die Veranstaltung unterstützten, sei nicht vergessen. Sie haben damit ein Weiteres getan, um den nunmehr seit drei Jahren in Hessen bestehenden Zusammenschluß aller an forensischen Dingen interessierten Kreise zu einem noch engeren zu machen, der eine ersprießliche gemeinschaftliche Arbeit auf diesem Gebiete auch für die Zukunft gewährleistet.

Von ausländischen Behörden erwies uns ein sehr freundliches

Entgegenkommen das serbische Justizministerium und vor allen das k. k. Justizministerium in Wien, welches die Kurseinladung in sein Verordnungsblatt aufnahm und seinen Beamten die Teilnahme sehr erleichterte.

Das Bestreben, auch bei den Mitgliedern der I. K. V. Interesse zu wecken, führte zur Versendung der Einladung an die Vorstände sämtlicher Landesgruppen dieser für die Verbesserung der Rechtspflege aller Staaten so bedeutsamen Vereinigung, ohne daß aber hier eine nennenswerte Reaktion erfolgt wäre. Als wir im März 1907 bereits ein Anschwellen der Meldungen auf die Zahl von über 100 konstatieren konnten, begannen auch die städtischen Behörden Gießens sich zu regen. Ihnen danken die Kursteilnehmer eine angenehme Nachmittagsausfahrt mit Besichtigung der im Bau begriffenen neuen Irrenanstalt bei Gießen und die Gelegenheit zur heiteren Aussprache bei einer sehr gelungenen gastlichen Vereinigung.

Da nicht nur theoretische Vorträge geplant waren, sondern auch die Demonstration zu ihrem Rechte kommen sollte, so wiesen die natürlichen Bedingungen auf die Räume der psychiatrischen Klinik als Versammlungsort für die Kursteilnehmer hin. Einen Augenblick erschien es gänzlich unmöglich, dieser Indikation zu entsprechen, da die Zahl der Anmeldungen mit über 160 diejenige der Plätze des Hörsaales bedeutend überstieg. So freudig dieser volle Erfolg der Einberufung auch zu begrüßen war, so entsprach es doch schließlich stillen Wünschen, wenn sie durch Absagen, größtenteils infolge noch in letzter Minute abschlägig beschiedener Urlaubsgesuche und dienstlicher Verhinderungen, eine Reduktion erfuhr, die es uns ermöglichte, am geeignetsten Orte zu tagen.

Die Zahl der Erschienenen betrug 130, und zwar war das Verhältnis der Nichtärzte zu den Ärzten wie 60:70. Nach den Berufen wurden gezählt 45 praktische Juristen, 7 Leiter von Strafanstalten, 8 im Erziehungswesen tätige Herren bezw. Vorsteher oder Lehrer von Erziehungsanstalten, großenteils aus geistlichem Stande, und 70 Ärzte (Irrenärzte, Gerichtsärzte, Kreisärzte). Nach den Nationalitäten schieden sich die Teilnehmer in: 2 Schweden, 1 Russe, 8 Holländer, 18 Österreicher und 101 Reichsdeutsche. Von letzteren stammten aus Preußen 24, Bayern 11, Sachsen 9, Württemberg 8, Mecklenburg 5, Hamburg 3, Bremen 1, den thüringischen Staaten 1 und endlich aus Hessen die übrigen.

Seit der Abhaltung des Kurses sind inzwischen mehrere Monate vergangen, ohne daß dem Wunsche der großen Mehrzahl der Kursteilnehmer nach einer Drucklegung der Vorträge entsprochen werden konnte. Nahm doch das an den Kurs sich unmittelbar anschließende Sommersemester drei der Veranstalter durch ihre Lehrtätigkeit in Anspruch, und erwuchsen doch dem von Cöln gekommenen Professor Aschaffenburg sehr umfangreiche Aufgaben auf dem Gebiete praktischer forensischer Tätigkeit. Inzwischen haben sich aber die Anfragen und

Mahnungen betr. eines Kursberichtes stets gemehrt, immer häufiger erging an uns das Ersuchen, dem Versprechen die Tat folgen zu lassen, so daß wir uns schlüssig werden mußten, in welcher Form es geschehen solle.

Ein schriftlich mit über 100 Unterschriften uns übermittelter Wunsch ging dahin, einen Bericht in möglichst ausführlicher Fassung, nicht in der Form kurzer Referate zu empfangen. So leicht er ausgesprochen ist, so schwer ist er zu erfüllen, verlangt er doch die Herausgabe eines umfangreichen Druckwerkes von mehreren hundert Seiten, dessen Erscheinen in mancher Hinsicht zwar willkommen geheißen werden möchte, insofern es die wichtigsten Ergebnisse der forensischen Psychiatrie, eine große Anzahl bedeutsamer sozialer Probleme und aktueller Fragen der Strafrechtsreform in einer bis dahin wohl noch nicht vorhandenen Einheitlichkeit behandelte, das aber doch in mancher Hinsicht die Autoren zwingen würde, an anderer Stelle und in Spezialwerken von ihnen bereits Gebrachtes zu rekapitulieren. — So wurde am Ende einer kürzeren Fassung der Vorzug gegeben und gleichzeitig beschlossen, die Veröffentlichung an dieser Stelle erfolgen zu lassen in der Erwägung, daß es auch dem Leserkreise der „Klinik" erwünscht sein möchte, in knapper Kürze auf eine Anzahl der wichtigsten Gesichtspunkte der forensischen Psychiatrie und der das Strafrecht der Gegenwart beeinflussenden Fragen aufmerksam gemacht und dadurch zum ergänzenden Studium in eingehender den Gegenstand behandelnden Fachwerken angeregt zu werden.

Von den im Kursprogramm vorgesehenen 16 Themata hatte Referent zu behandeln: 1. Den angeborenen Schwachsinn inbezug auf Kriminalität und Psychiatrie. 2. Die Formen der Kriminalität bei den verschiedenen Arten von Geistesstörung. 3. Die Simulation von Geistesstörung. 4. Psychologie und Psychopathologie im Polizeiwesen. — Das zweitgenannte Thema wurde in drei Vorträgen abgehandelt: a) Erworbene Geistesschwäche und Kriminalität. b) Transitorische Geistesstörungen und ihre forensischen Beziehungen. c) Die strafrechtlichen Verwicklungen der Paranoiker. — Außer dem Referat über diese Themata soll hier noch, speziell mit Rücksicht auf die Bedürfnisse der forensischen Praxis, eine kurze Darstellung der Epilepsie und Hysterie in ihren Beziehungen zum Strafrecht sich anschließen.

Unter Beziehung auf den in diesen sechs Stunden dargebotenen Unterrichtsstoff demonstrierte Referent an mehreren Nachmittagsstunden zahlreiche Geisteskranke und Kriminelle, welche die Klinik passierten, im Projektionsbilde und besprach ihre forensischen Verwicklungen sowie besonders die weitere Entwicklung nach Begutachtung derselben in der Freiheit oder in der Anstalt. Ist doch die Katamnese der Fälle, in denen es zur psychiatrischen Begutachtung kommt, von größtem Interesse,

weil sie sehr oft erst die letzte Antwort auf alle während einer Anstaltsbeobachtung aufgeworfenen Fragen zu geben vermag. Wenden wir uns nun den Thematen zu.

I. Der angeborene Schwachsinn und seine Bedeutung für die Kriminalität.

Unter der Benennung der angeboren Schwachsinnigen umgreift die Psychopathologie eine Gruppe von Individuen, die infolge von Mängeln der Anlage oder in früher Kindheit auf das Gehirn ungünstig einwirkender krankhafter Vorgänge nicht imstande waren, das durch die Erziehung dargebotene Bildungsmaterial in dem Umfange zu erfassen und zu verarbeiten, wie es seitens gesund veranlagter Individuen nach unsrer Erfahrung zu geschehen pflegt.

Dem Mediziner sind die mannigfaltigen Ursachen, welche die Entwickelung der Gehirnfunktionen beeinträchtigen können, bekannt. Für den Nichtarzt seien sie kurz erwähnt.

Wenn wir die Aszendenz und Verwandtschaft Schwachsinniger kritisch betrachten, so finden wir oftmals eine direkte oder indirekte Belastung durch Geistesstörung, Nervenkrankheiten, Alkoholismus, oder infectiöse Krankheiten speziell Syphilis und Tuberkulose. Es ist naheliegend und berechtigt, anzunehmen daß in solchen Fällen bereits die Keimzelle geschädigt war, aus der sich ein vollwertiges Einzelwesen nicht zu entwickeln vermochte.

Weiterhin läßt sich aber auch denken, daß die Keimzelle zwar gesund war, daß aber während des fötalen Lebens oder in der Geburt Schädigungen der Frucht stattfanden. — In der Tat sind für viele Fälle angeborenen Schwachsinns Momente verantwortlich zu machen, die in dieser Periode der Entwickelung eine Rolle spielten.

Krankheiten der Mutter, welche die Blutbeschaffenheit und den Kräftezustand verschlechtern, schädigen auch den Fötus. Überanstrengung bei mangelnder Ruhegelegenheit, krankhaft veränderte Gemütszustände, der fortgesetzte Gebrauch toxischer Stoffe (wie z. B. Alkohol) in der Schwangerschaft oder auch Medikamente, die genommen wurden in der Absicht, vorzeitigen Abgang der Frucht zu bewirken, endlich mechanische Schädigungen, Traumen des mütterlichen Leibes, spielen in der Ätiologie des Schwachsinns eine Rolle. — Es liegt auf der Hand, daß ein erschwerter Geburtsakt infolge Beckenenge der Mutter oder auch die künstliche Entbindung zu Blutungen ins Schädelinnere führen können, die das gleiche Endresultat hervorbringen.

Das im fötalen Leben und in der Geburt vor schädlichen Einflüssen bewahrte Kind bedroht ein Heer von Gefahren, die oft eine frühzeitige Invalidität des Gehirns mit sich führen. Mechanische Ursachen können seine Entwicklung beeinträchtigen (z. B. frühzeitige Nahtverknöcherung, Hydrocephalusbildung), autotoxische Stoffwechselstörungen (denken wir an den Cretinismus) eine verhängnisvolle Wirkung auf die psychische Entfaltung äußern, traumatische Einflüsse unheilbare Defekte setzen. Die Beobachtung lehrt, daß nicht selten im Anschluß an die Infektionskrankheiten des Kindesalters (Scharlach, Masern etc.) die Bildungsfähigkeit schwere Einbuße erfährt, und daß gleiches oft nach frühzeitig eintretenden Krampfanfällen sich zeigen kann.

Schuldhaftem Vergehen der Pflege, z. B. Alkoholmißbrauch der nährenden Mutter oder Amme, Darreichung narkotischer Mittel an das Kind zum

Zwecke der Beruhigung, Mohnschnuller, darf ebenfalls manches auf diesem Gebiete zur Last gelegt werden, ingleichen mangelhafter Ernährung, welche mit der Körperentwicklung auch die des *Zentralorgans* schädigt.

Nicht immer können wir im Vorleben angeboren Schwachsinniger ein ätiologisches *Moment* finden. Bei vielen müssen wir mit dem Schlagwort der *Kryptogenese* uns begnügen. Immerhin führt die Ursachenforschung auf mannigfaltige Momente, und mannigfaltig nach der Stärke ihres Einflusses auf Entwicklung und Funktionsausbildung des Zentralorgans sind auch die *Formen angeborener geistiger Schwäche*, denen wir im Leben begegnen. Keine Art geistiger Störung ist so reich an Varianten, wie diese. Auf der tiefsten Stufe steht der erblich belastete, oft körperliche Mißbildungen aufweisende *Idiot*, der selbst Bildungsrudimente nicht aufnehmen konnte, intellektuell und ethisch eine *Null* darstellt. An der Spitze marschiert der *Debile*, körperlich kaum auffällig, normal gebaut, im Besitze leidlicher Kenntnisse, manchmal sogar einseitig begabt und talentiert, hingegen bezüglich des Urteils und der Fähigkeit zur geordneten zielbewußten Lebensführung defekt. Zwischen ihnen begegnen wir *Typen an Zahl so reich*, wie die Individuen selbst, verschieden nach dem Grade des Defektes auf den einzelnen Teilgebieten des Seelenlebens.

Jene auf der *allertiefsten Stufe* stehenden Vertreter dieser Form der Geistesstörung pflegen, weil ihnen die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung abgeht und ihre unsozialen Eigenschaften gar zu drastisch zum Einschreiten herausfordern, *frühzeitig in Anstalten zu gelangen*, nachdem vielleicht in den ersten Kindesjahren *hoffende Elternliebe* noch versucht hatte, trotz der oft immensen Schwierigkeiten mit ihnen durchzukommen. Von ihnen abgesehen bewegen sich jedoch in der Öffentlichkeit fast alle Typen dieser Entwicklungshemmung, in mehr oder minder freier Form, bald in geringerem, bald in höherem Grade zu unsozialem Verhalten prädisponiert.

Ist es auch vom streng wissenschaftlichen Standpunkt das einzig richtige, bei einer *Scheidung der angeboren Schwachsinnigen* in Gruppen auf das ätiologische Moment zurückzugreifen, von hydrocephalischem, mikrocephalischem, kretinistischem usw. Schwachsinn zu sprechen, so hat doch auch die von jeher gebräuchliche *Scheidung nach dem Grade der Bildungsfähigkeit* und dem Temperament ihre Bedeutung und Berechtigung. Die Benennungen *Idioten*, *Imbecille* und *Debile* haben ebenso wie die Bezeichnungen *erethischer* und *torpider*, *anergetischer* Schwachsinn ihre praktischen Vorteile. Deuten sie doch in prägnanter Kürze die charakteristischen Eigenschaften der damit belegten Individuen kurz an und tragen damit zur rascheren Verständigung bei.

Um zunächst hervorzuheben, wie *zahlreich die Vertreter der* Idiotie und Imbezillität im Verhältnis zur Bevölkerung sind, so sei nur

erwähnt, daß nach einer Schätzung von Ziehen vor wenigen Jahren in Deutschland bereits ein Imbeziller auf 400 Einwohner kam. Weit gravierendere Resultate ergaben Schweizerische Zählungen aus 1903. Von rund 58000 Schulkindern erwiesen sich 10 % als minderwertig 1 % als direkt geistesschwach.

Das sind hohe Zahlen, in denen sich schon ohne weiteres die große Wichtigkeit des Problems der Schwachsinnigenfürsorge andeutet, auf deren Gebiete noch ganz außerordentlich viel zu geschehen hat, ehe man sie als eine wohlgeordnete und ausreichende bezeichnen kann.

Fragen wir uns nun, wie die angeborene Geistesschwäche sich äußert, so werden wir von der Betrachtung der Frage, wie sich der Bildungsgang des Vollsinnigen darstellt, ausgehen müssen. Wir setzen bei ihm voraus, daß alle Teilfunktionen des geistigen Lebens harmonisch, parallel, in steten Beziehungen zueinander zur Ausbildung gelangen. Gesundes Auffassungs- und Verknüpfungsvermögen vermitteln ihm nach und nach eine Summe von Kenntnissen und Fertigkeiten, deren jederzeitige Verwendung ihm die Erinnerungsfähigkeit gestattet. Hand in Hand damit bilden sich ethische Begriffe heraus, welche die Richtschnur des Verhaltens gegen die nähere und weitere Umgebung abgeben. Und damit das Individuum zur Vollsinnigkeit gelangt, muß im weiteren mehr und mehr das Urteilsvermögen herangebildet werden, das im Verein mit einer normalen Willenstätigkeit erst dem Einzelwesen die Befähigung gibt, sich unter Anpassung an alle Lebensumstände ordnungsmäßig in den Rahmen der sozialen Gemeinschaft einzufügen.

Die Grundbedingung der Vollsinnigkeit ist also die gleichmäßige parallele Entwicklung aller Komponenten des Seelenlebens.

Wie geht die geistige Entwicklung nun bei den Schwachsinnigen vor sich? — Bei einer großen Gruppe ist der angeborene Defekt der Anlage so hochgradig, daß von dem, was Schule und Leben dem Kinde bieten, nur ein Minimum begriffen wird. Die Fähigkeit, ethische Empfindungen zu bilden, ist eine rudimentäre. Urteil und Initiative werden vermißt. Das Triebleben entbehrt der Beeinflussung durch moralische Erwägungen, kurz es besteht ein Grad geistiger Schwäche, den man als Idiotie bezeichnet. Vertreter dieser Gruppe pflegen früh durch Entwicklungshemmungen traurig aufzufallen. Geh- und Sprechvermögen bleiben lange zurück, um dann schließlich unentwickelt, unvollkommen zu bleiben. Schon früh fällt das Kind auf durch Mangel an Teilnahme und Zuneigung, an Interesse für Spiel und Beschäftigung, es entwickelt oft früh unsoziale Züge, die zur Anstaltsversorgung zwingen. — Es besteht keine Gefahr, daß diese Grade des angeborenen Schwachsinns vor dem Forum je verkannt werden könnten. Wenige Fragen genügen,

den Defekt aufzudecken und eine kurze Skizzierung des Vorlebens tut das übrige, um den Irrtum auszuschließen.

Leichter schon kann er begangen werden, wenn es sich um Individuen handelt, die in der ersten Jugendentwicklung keineswegs einen so drastischen Defekt hervortreten ließen. Manche, die später doch als schwachsinnig anerkannt werden müssen, zeigen zunächst in Bezug auf Auffassung und Gedächtnis sich leidlich veranlagt, zeigen vielleicht sogar einseitige Talente, und kommen mit vorwärts, wenn auch im Abstand hinter Altersgenossen. Man nennt sie in der Schule wohl beschränkt, und jüngere Mitschüler sehen in ihnen oft die Zielscheibe der Spottes. Aber sie erreichen doch schließlich ein bescheidenes Ziel, treten ins Leben hinaus und halten sich zunächst leidlich, zumal wenn verständige Angehörige sie gut anleiten und stützen. Oft genug erwachsen dem Psychiater große Schwierigkeiten, in solchen Fällen von der Imbezillität den Richter zu überzeugen, wenn strafrechtliche Konflikte Anlaß gaben, die ganze Persönlichkeit einmal genauer unter die Lupe zu nehmen.

Am schwierigsten aber wird es, der Ansicht, daß Imbezillität vorliegt, Anerkennung zu schaffen, wenn es sich um jene höheren Imbezillen handelt, welche in Bezug auf Urteil, Anpassung und Fähigkeit zur zielbewußten Lebensführung absolute Nullen sind, dabei aber infolge eines guten Gedächtnisses imstande waren, Vielwisser zu werden. Man begegnet nicht selten notorisch Imbezillen mit durchaus antisozialer Veranlagung, welche durch Buchkenntnisse überraschen, die sie vielleicht erst während des Aufenthaltes in Krankenhäusern oder Irrenanstalten sich aneigneten. Prüft man vergleichsweise einen andren Menschen, bei dem die Zurechnungsfähigkeit nicht in Frage kommen kann, so ist dieser vielleicht arm an Gedächtnismaterial verglichen mit dem Imbezillen. Und doch steht er intellektuell, d. h. in Bezug auf Urteil, Anpassungsvermögen, logische Denktätigkeit, weit über ihm. — Die Konstatierung eines gewissen *Raffinements* bei einer Straftat, die ein Imbeziller beging, darf nicht bestimmen, die Diagnose des Schwachsinns von der Hand zu weisen, wenn der Sachverständige sie auf Grund seiner Analyse der ganzen Persönlichkeit stellen zu müssen glaubt. —

Eine gewisse Schriftgewandheit in Verbindung mit der Phrase charakterisiert manchen höheren Imbezillen und kann zunächst wohl verleiten, daß man ihn übertaxiert. Dies sind die Fälle, in denen der Sachverständige nur durch die Analyse der gesamten Persönlichkeit den Nachweis der geistigen Schwäche zu bringen vermag. Es kann sehr schwer werden, in solchen Fällen die Auffassung, daß es sich um Verkommenheit und Verwahrlosung handelt, zu besiegen, die *krankhafte*, in der ganzen Veranlagung begründete Unfähigkeit zur Anpassung und ordnungsmäßigen Lebensführung nachzuweisen.

Am schwierigsten ist es oft, Schwachsinn nachzuweisen, wenn es sich um Imbezille im noch jugendlichen Alter handelt, bei denen in Anbetracht ihrer jungen Jahre noch nicht hinreichend Beweismaterial für den Nachweis des mangelnden Urteilsvermögens vorliegt. Erst mit den Jahren kann ein solches sich häufen. Erst dann, wenn die Notwendigkeit selbständiger Lebensführung an das Individuum herantritt, zeigt der Defekt der Kritikfähigkeit sich in drastischer, greifbarer Form; dann erst tritt das Unvermögen, Lehren aus Lebenserfahrungen zu ziehen und sie zu verwerten, also das Hauptmerkmal der höheren Imbezillität, deutlich zu Tage. Erst dann darf man in manchen Fällen von Imbezillität die Frage der Zurechnungsfähigkeit im Sinne dauernder Unterstellung unter den § 51, die Frage der Dispositionsfähigkeit im Sinne dauernder Anwendung des § 6. 1 entscheiden.

Die charakteristischen Eigenschaften der höheren Imbezillen sind folgende: Störungen des Gefühls- und Affektlebens, Störungen der Willenstätigkeit, Anomalien des Trieblebens, Mangel an Urteilsvermögen, mehr oder weniger stark ausgeprägte Unfähigkeit zur Verwendung angelernten Wissens.

Die Beobachtung einer auffälligen Indifferenz für fremdes Leid und fremden Schmerz, eines Mangels an natürlicher Zuneigung, einer allgemeinen ethischen Abstumpfung und daneben einer Neigung zum Affektausbruch auf geringe Veranlassungen hin, ist es, die so oft schon in früher Jugend den Verdacht auf Imbezillität wecken muß, den das weitere Leben traurig bestätigt. Es sind die Individuen, die kein Kummer der Eltern anregen konnte, sich zu ändern, die früh als unverträglich, jähzornig, egoistisch gefürchtet waren von ihren Gespielen, die früh zu Roheitsdelikten neigten und Zurechtweisungen mit schrankenlosen Ausbrüchen, Selbstmorddrohungen oder gar Selbstmordversuchen beantworteten.

Ihnen fehlt die Einsicht in dem Grade, daß sie sich nicht zu sagen vermögen: „nur Arbeit bringt vorwärts.“ Und wenn sie lanziert werden, so geben sie die erlangte Position ohne verstandesmäßiges Abwägen des pro und contra um der Laune eines Augenblickes wieder auf. Jenes höhere Urteil, das den normalen Menschen bestimmt, Freunde zu suchen, sich zu gewinnen und zu erhalten, weil nur aus einer von gegenseitigem Wohlwollen und Interesse getragenen Berührung mit Anderen Erfolg und Vorwärtskommen zu erhoffen ist, fehlt ihnen, und dieser Umstand drückt ihrer ganzen Lebensführung den Stempel der Inkonsequenz und des Sprunghaften auf. — Es fehlt die Fähigkeit, die Bedeutung der Situation zu erkennen, sie auszunutzen, die Tragweite von Entschlüssen abzuschätzen, den richtigen Weg einzuschlagen.

Vergegenwärtigen wir uns einige Typen jener Imbezillität, an die so oft im Leben der Maßstab normalpsychologischer Kritik gelegt wird.

Wer kennt ihn nicht den Knaben aus dem Volke, der früh hinter die Schule lief, bei allen schlechten Streichen beteiligt war, noch vor Erlangung der relativen Strafmündigkeit stahl, die Zwangserziehung über sich ergehen lassen mußte, dann aus der Lehre entlief, als Vagabund und Gelegenheitsarbeiter sich umhertrieb oder dem Zirkus folgte, immer anlief, zumeist wegen im Alkoholta mel begangener unsozialer Handlungen, Zuhälterei, Roheitsdelikten, der lügt und trügt, wo er kann,

voll Renommage und maßlos von seiner Trefflichkeit überzeugt, eine Crux für die Gefängnisse, und ihre Beamten wegen seiner absoluten Undisziplinierbarkeit! —

Oder den von Stufe zu Stufe gesunkenen Sohn aus guter Familie, oft scharf kontrastierend gegen andersgeartete Geschwister, der mit Mühe durch die Mittelschule kam, für den Ernst des Lebens nicht das minimalste Verständnis hatte, in allem geleitet werden mußte und sofort strauchelte, wenn das Gängelband gelockert wurde, bis er als unverbesserlich aufgegeben wird und im Rinnstein stirbt, nachdem man vielleicht gar noch versucht hat, durch eine Heirat ihn zu bessern. —

Bei so manchem, der immer wieder dem Strafrecht verfiel, wird sachverständige Kritik die Tatsache, daß er imbezill ist, herauszustellen vermögen, und wer kritisch die Insassen einer Strafanstalt durchgeht, der wird zu der Auffassung gelangen, daß die Imbezillität noch viel zu oft verkannt wird, ihre Träger noch viel zu oft verdammt werden, anstatt daß man rechtzeitig ihrer sich annimmt, sie vor Verleitung schützt, ihren Trieben die rechte Richtung gibt.

Daß der Schwachsinnige, sich selbst überlassen, so oft der Strafrechtspflege zu schaffen macht, ergibt sich unschwer aus einer Betrachtung seiner Mängel auf den einzelnen Teilgebieten des Seelenlebens.

Mangel an Ehrgefühl und hemmenden Erwägungen, die durch Überlegung nicht beeinflußte Begehrlichkeit, prädisponieren ihn in erster Linie zum Eigentumsdelikt. Eine kritische Sichtung aller begleitenden Tatmomente bei einem Diebstahl muß bisweilen bestimmen, die Diagnose des Schwachsinns zu vermuten aus der Unvorsichtigkeit, mit der er ausgeführt wurde, aus dem Mangel an Versuchen, die Spur zu verwischen, aus dem grellen Mißverhältnis zwischen dem erreichten Vorteil und dem Risiko, aus der Art der Verwendung des gestohlenen Gutes, das vielleicht sofort jemandem geschenkt wurde, und ähnlichen Einzelheiten mehr.

Seine Unfähigkeit, Wallungen des Augenblicks mit Überlegung zu begegnen, bringt es mit sich, daß der Schwachsinnige zu impulsiven Handlungen neigt, von der verbalen Beleidigung bis zum Todschlag, und daß er leicht äußeren Einflüssen, die ihn zum Verbrechen treiben, erliegt. Schwachsinnige im Gefolge routinierter Verbrecher, denen sie die Kastanien aus dem Feuer holen müssen, sind den Kriminalisten keine seltene Erscheinung. Beide haben Gelegenheit genug, in Kaschemmen zusammenzutreffen.

Wie kommt der Schwachsinnige zur Vagabondage? Ist es ein „Hang zum unsteten Leben", der ihn bestimmt, die regelmäßige Arbeit zu fliehen? Das mag bei dem paranoisch Veranlagten der Fall sein, der überall anläuft und sich wirklichen oder vermeintlichen Belästigungen zu entziehen sucht durch Änderung seines Aufenthaltsortes, oder bei dem Epileptoiden, den ein innerer Drang weitertreibt. Der imbezille Vagabund ist der passive Vertreter des Vagabundentums. Er wird hineingedrängt. Störungen der Willenstätigkeit bringen es mit sich, daß er nicht zur geordneten, zielbewußten Erwerbstätigkeit kommen kann, höchstens macht er Ansätze dazu, aber bald verliert er wieder die Position. Was er erwirbt, geht schnell in der Befriedigung von Augenblicksgelüsten

drauf, er spart nicht beizeiten und hat darum nicht in der Not, aus der er sich dann vielleicht durch betrügerische Handlungen zu helfen sucht. Seine mangelnde Zuverlässigkeit, die oft die Folge von Vergeßlichkeit, also eines intellektuellen Defektes ist, oft auch noch dazu seine Reizbarkeit und Empfindlichkeit, die meist seiner Intelligenz umgekehrt proportional sind, bewirken, daß er beständig die Stellen wechselt. Niemand will ihn haben, wer nur in seine Zeugnisse blickt oder die lange Liste seiner Stellungen sieht, weist ihn ab. Was bleibt ihm schließlich übrig wie Bettel und der Versuch, sein Brot irgendwo zu finden, wo man ihn noch nicht kennt, d. h. die Lebensweise des Vagabunden.

Seine leichte Erreglichkeit, in welcher Eigenschaft er oft geradezu dem Epileptiker gleicht, bringt es mit sich, daß wir den Imbezillen an den allerschwersten Arten strafrechtlicher Vergehnngen sich beteiligen sehen. Schon oft haben Imbezille mit Totschlag und Brandlegung harmlose, wohlgemeinte Zurechtsetzung und Rüge beantwortet. Es sind Brandstiftungen begangen worden rein aus Lust am Feuer. Es sind vorsätzlich Menschen ums Leben gebracht worden, um eines geringen Vorteils teilhaftig zu werden. Ich denke da speziell an jene so häufigen Vorkommnisse, daß imbezille Kindsmägde die ihnen anvertrauten Kleinen zugrunde richteten, um ihrer Dienstpflicht ledig zu werden, oder daß sie Häuser und Scheuer anzündeten um des gleichen Zieles willen.

Die Unfähigkeit, den natürlichen Trieben Hemmungen entgegenzusetzen, sich durch moralische Erwägungen bestimmen zu lassen, bedingt es, daß wir unter den Schwachsinnigen so oft Sittlichkeitsverbrecher treffen von der exhibitionistischen Handlung bis zum schweren Notzuchtsattentat auf Minderjährige mit eventuell sogar folgender Tötung des Opfers. — Ihre leichte Bestimmbarkeit im Verein mit ihrer Begehrlichkeit veranlaßt so manchen von ihnen, verbrecherische Handlungen wie räuberischen Überfall und Raubmord zu begehen. Äußerst verhängnisvoll hat schon auf manchen die breite Ausmalung verbrecherischer Handlungen in der Tagespresse, gegen die nicht energisch genug Front gemacht werden kann, eingewirkt.

Höchst gefährlich pflegen weiterhin jene den Hysterikern auf dem Gebiete der Phantasietätigkeit ähnelnden Schwachsinnigen zu sein. Ihre Neigung zur Konfabulation läßt sie allmählich zu Individuen von einer absoluten Unwahrhaftigkeit und Unglaubwürdigkeit werden und prädisponiert sie zum Betrugsdelikt.

Der Mehrzahl der Imbezillen ist es wohl ziemlich gleichgiltig, ob sie von ihrer Umgebung geschätzt werden, oder ob ihnen ein gewisser Lebensluxus zu Gebote steht in Wohnung, Kleidung usw., doch treten andre wieder äußerst prätenziös in dieser Hinsicht auf. Ihnen entgegengebrachter Spott und Mangel an Beachtung vermögen

Beeinträchtigungsideen von der Stärke echt paranoischer Antipathien zu wecken, denen die rachsüchtige Gewalttat nicht selten folgt.

Die Selbstüberschätzung in Verbindung mit Beeinträchtigungsideen kann beim Imbezillen einen solchen Grad erreichen, daß er im ersten Augenblick förmlich den Eindruck des Verfolgungswahnsinnigen macht. Auch zum Querulantentum stellt die Imbezillität Vertreter, die sich aber durch ihre Schwächlichkeit, die Unfähigkeit, in der Verfolgung ihrer Ziele mit energischen Mitteln zu arbeiten, vom echt paranoischen Querulanten wesentlich unterscheiden.

Die Überempfindlichkeit der Imbezillen und Debilen ist eine Eigenschaft, welche jeder, der mit ihnen zu tun hat, respektieren muß, wenn er nicht unangenehme Verwicklungen zeitigen will. Es ist keine Seltenheit, daß imbezille Strafgefangene durch die Anrede mit ihrem ihnen sonst höchst wichtig erscheinenden Spitznamen sich zu Beschwerden und Beleidigungsklagen veranlaßt gefühlt haben, die demjenigen, der ihr Mißfallen erweckte, höchst unangenehm waren, indem sie ihm umfangreiche Schreibereien und Rechtfertigungen aufluden.

Die Unfähigkeit, sich einer bestimmten Ordnung einzureihen, in Betrieben, welche Pünktlichkeit und die Befolgung bestimmter Regeln verlangen, sich unauffällig anzupassen, sie ist es, die so oft den Imbezillen zuerst als solchen erkennen läßt und zu seiner genaueren Untersuchung Anlaß gibt. Eine lange Liste disziplinarischer Ahndungen in den Personalakten eines Strafgefangenen ist immer verdächtig, entweder auf eine epileptisch-impulsiv-zügellose Veranlagung oder Imbezillität.

Wer im Besitz normaler Überlegung ist, wird bald einsehen, wenn es ihm nicht von Anfang an geläufig war, daß er dem Zwang der Disziplin sich unterwerfen muß, daß der Verstoß ihm Unannehmlichkeiten bringt, das Wohlverhalten dagegen ihm nützt und seine Lage erträglicher gestaltet. So kann das Verhalten im Militärdienst sowohl wie auch in Gefängnissen sehr oft ein ausgezeichnetes Kriterium für die richtige Schätzung eines Imbezillen abgeben. Hier wie dort begegnen wir leider immer noch wieder dem Fehler, daß Gleichgültigkeit und Unbelehrbarkeit passivem Widerstand identisch erachtet, daß Mangel an Ordnungssinn als sträfliche Vernachlässigung geahndet, Mangel an Können für Mangel an Wollen genommen und danach die Behandlung eingerichtet wird, bis einmal ein Erregungsausbruch oder Selbstmord eines besseren belehrt, was aber nicht selten erst dann geschieht, wenn das Maß strengster Disziplinarmittel erschöpft ist.

Alle unsozialen Eigenschaften des angeboren Schwachsinnigen läßt der Alkoholgenuß noch stärker hervortreten. Er schaltet das geringe Maß von Hemmung und Überlegungsfähigkeit gänzlich aus und steigert dadurch die Gefährlich-

keit bis zu dem Grade, daß es zu Taten kommt, die man auf den ersten Blick oft bestialisch nennen möchte, denen gegenüber man jeden Rest von Milde abtun möchte. Und doch sollte hier zumeist nicht der Ruf nach Vergeltung laut werden, sondern die Frage sich aufdrängen: Wie war es möglich, daß es soweit kam, und welche Maßregeln prohibitiver Art sind hier unterlassen worden?

Es ist eine Aufgabe von größter Wichtigkeit für die soziale Wohlfahrt, daß die Organisation des Kampfes gegen die Schädigungen der Gesellschaft durch angeboren Schwachsinnige noch energischer betrieben wird. — Zwar die Aufgabe des Gerichtsarztes an ihnen ist erfüllt, wenn er nach strafrechtlichen Verwicklungen ihren Defekt klarstellt und die Anwendung des § 51 für geboten erklärt. Dann aber beginnt die Aufgabe am Imbezillen eigentlich erst recht aktuell zu werden.

Es ist freilich einfach zu sagen: „Dann übergeben wir ihn als einen auf Grund seines verbrecherischen Verhaltens für gemeingefährlich zu erachtenden Menschen einer Irrenanstalt, die ihn bewahren soll.“ — Wer in Irrenanstalten arbeitet, weiß, welch eine mühevolle undankbare Aufgabe diesen damit gestellt ist, es sei denn, daß es sich um einen torpiden, indifferent fügsamen Imbezillen handele, eine Form, der man weit seltener begegnet, wie der erreglichen.

Ein querulierender Imbeziller mit Fluchtbestrebungen und Neigung zur Gewalttätigkeit kann da zur schweren Plage für Hunderte von andren Kranken werden, kann durch Verhetzung dieser und des dem Zustand nicht immer völliges Verständnis entgegenbringenden Wartepersonals den ganzen Frieden einer Anstalt untergraben und dem Betrieb die schwersten Weiterungen schaffen.

Die Aufgabe des Arztes, des Juristen und des Soziologen gegenüber dem angeborenen Schwachsinn ist eine dreifache.

Erstens muß nach Möglichkeit der Entstehung geistiger Schwächezustände vorgebeugt, d. h. also Prophylaxe der Imbezillität getrieben werden.

Kennen wir so zahlreiche Ursachen des Defektes, so zeigt sich auch deutlich der Weg zu seiner Bekämpfung. So ist denn allseitig aufklärend dahin zu wirken, daß die Wichtigkeit einer gesunden Aszendenz bei jeder Eheschließung allen anderen Interessen vorangestellt werde. — Weiter ist zu bedenken, daß alles, was zur Bekämpfung von Volksseuchen, der Tuberkulose und der Syphilis, sowie des Alkoholmißbrauchs geschieht, indirekt auch einer Prophylaxe der Imbezillität zugute kommt. — Alles, was geschieht im Interesse des Schutzes der Schwangeren, der Gebärenden, der Wöchnerin, im Interesse der Bekämpfung von Säuglingskrankheiten, vermindert indirekt die Zahl der Imbezillen. — Alles, was geschieht für eine Verbesserung der Wohnungsverhältnisse und zur Verbesserung der Lebensbedingungen der Kinder der unteren sozialen Schichten, Weckung des Verständnisses für körperliche und geistige Hygiene, hilft mit bei einer Reduktion der Zahl der Schwachsinnigen. Genauer kann auf diese Punkte bei dem beschränkten zu Gebote stehenden Raum nicht eingegangen werden.

Zweitens haben wir nach einer allen Indikationen sorgfältig Rechnung tragenden Versorgung der Imbezillen zu streben, die eine sorgsame Beobachtung der heranwachsenden Jugend in möglichst

früher Lebensperiode als solche zu erkennen suchen muß. — Jeder Tag kann uns Beweise dafür bieten, daß selbst starke Grade angeborenen Schwachsinns noch verkannt, mit Beschränktheit, Übelwilligkeit, Verwahrlosung und Unverbesserlichkeit verwechselt werden.

Die Organisation der Schwachsinnigenfürsorge, am besten unter staatlicher Ägide, wie die Irrenpflege, ist eine dringende Aufgabe der nächsten Zukunft, darüber kann gar kein Zweifel mehr sein. Es geht eben nicht weiter, daß man auf diesem für die allgemeine Wohlfahrt so wichtigem Gebiete der Charitas die Hauptarbeit überläßt, so Dankenswertes sie auch geleistet hat und noch leistet.

Jeder, der im Erziehungswerke tätig ist, muß an der frühzeitigen Etikettierung des angeboren Schwachsinnigen, wenn ich mich so ausdrücken darf, mithelfen; der Lehrer in der Schule, der Schularzt, der Erziehungsanstaltsleiter, der ihm bei genauer Durchsichtung seiner Zöglinge begegnet, nachdem vielleicht schon der Strafrichter mit ihm ein ernstes Wort gesprochen, aber auch der Strafrichter selbst, indem er bei dem jugendlichen Rechtsbrecher in jedem Einzelfalle nicht nur fragt: „was hat er getan und wie hat er es getan?" sondern: „wer hat es getan, und welche Veranlagung spricht sich in der Tat aus, wie ist es um die sittliche und intellektuelle Vollreife des Täters bestellt?" — Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß in einer erheblichen Anzahl der Fälle, in denen der Strafrichter daran denkt, daß er eventuell den § 56 zu berücksichtigen haben könne, eine kritische, von psychiatrischen Gesichtspunkten ausgehende Betrachtung der Persönlichkeit des Täters einen angeborenen Schwachsinn feststellen wird. Ob die Einsichtsklausel auf einen Fall anzuwenden ist, das wird sehr oft nur eine ärztliche Untersuchung feststellen können, während die Entscheidung nach richterlichem Ermessen oft mit Irrungen zu rechnen haben dürfte.

Tausendfach lehrt uns die Erfahrung, daß notorische Imbezille straffrei sich bis zu einer Altersstufe führen, deren Erreichung ohne Konflikte scheinbar ein gutes Anpassungsvermögen beweist und auf ein Normalmaß von Intelligenz schließen lassen könnte. Genaue Betrachtung zeigt dann, daß nur einer führenden Hand es zu danken war, wenn es ohne Konflikte ging, und daß infolge des durch Tod oder andere Ereignisse bedingten Aufhörens der Führung die soziale Hilflosigkeit dann klar zutage trat.

Solchen Defektmenschen rechtzeitig eine Stütze zu geben, ist dringend nötig, und wenn es geschieht, so ist manchmal recht gut in der Öffentlichkeit mit ihnen auszukommen. — Es sollte ferner von der Entmündigung wegen Geistesschwäche mehr Gebrauch gemacht werden, auch wenn es sich um Individuen ohne Vermögen handelt, denn auch die ordnungsmäßige Einreihung in die bürgerliche Gesellschaft ist ein Teil der Angelegenheiten eines Menschen im Sinne des § 6 B.G.B., und wer zu ihr unfähig ist, bedarf des Beistandes und der Leitung. — Bei jeder Entlassung aus Rettungs- und Erziehungsanstalten empfiehlt es sich, die

Frage der Kuratel kurz zu prüfen, damit nicht wie bisher so viele zur selbständigen Lebensführung durchaus unfähige Menschen ungehütet in die Öffentlichkeit gelangen. — Freilich Vormünder, die für dies Amt kein Verständnis mitbringen, es als Last empfinden, kann man hierzu nicht gebrauchen, sondern es bedarf einsichtiger Leute mit Verständnis für die Eigenart ihrer Mündel und vor allem solcher Leute, die auch Zeit für die Mündel übrig haben, am besten **Berufsvormünder**, die im Hauptamt sich einer größeren Anzahl von Schützlingen widmen.

Welche Bedeutung es gewinnen könnte, wenn private Wohltätigkeit auf diesem Gebiete sich noch intensiver interessierte durch Gründung von Fürsorgevereinen, braucht kaum gesagt zu werden.

Auch des Vorschlages, der meines Wissens von pädagogischer Seite ausging, in den Städten sog. Imbezillenheime, Geistesschwachenheime zu gründen, ist zu gedenken. Die Zahl der schulentlassenen, dann notdürftig in einer Lehre auskommenden Imbezillen, die ein Heim sich gründen, ein Geschäft oder eine selbständige Tätigkeit anfangen können, ist eine sehr geringe. Ihnen ein Heim zu bieten, in dem sie leben können und Anleitung und Unterhaltung finden außerhalb ihrer Arbeitszeit, das sie schützt und beaufsichtigt, das ist eine dankenswerte Aufgabe. So mancher, der jetzt mit einer automatischen Tätigkeit einen leidlichen Lohn erwirbt und dann in elenden Verhältnissen vegetiert, ausgebeutet wird, säuft, würde sicher gewohnheitsmäßig dem Schwachsinnigenheim sich angliedern und die ihn schützende und die Gesellschaft sichernde Bevormundung wohltätig empfinden.

Wenn dem aus der Hilfsschule entlassenen Schwachsinnigen eine gute Beratung und Anleitung für die Berufswahl, soweit von einer solchen gesprochen werden kann, zuteil würde, die seine Anlagen berücksichtigt, z. B. seine Anlage zum Automatismus, wenn alsdann die Ausbildung im Handwerk eine von Wohlwollen getragene wäre, so könnten die Schwachsinnigenheime das Werk der Erziehung zur bescheidenen Selbständigkeit auf das dankenswerteste vollenden.

So ließe sich denn der zweite Teil der Aufgabe, welche die Gesellschaft den Imbecillen gegenüber zu lösen hat, zusammenfassen in die Worte: „Sorgt für frühzeitige Feststellung der Tatsache, daß Imbezillität bei jemandem besteht, und sorgt für seine Anleitung und Aufsicht, ehe es zu unsozialen Handlungen gekommen ist.

Drittens haben wir die Stellungnahme gegenüber dem kriminell gewordenen Imbezillen zu betrachten. Sie wird sich nach den Verhältnissen des Einzelfalles zu richten haben. Der an einem Schwachsinn erheblichen Grades Leidende fällt unter den § 51. Bei den leichteren Graden ist eine Diskussion darüber, ob eine freie Willensbestimmung vorhanden ist oder nicht, überflüssig, und viel wertvoller eine Behandlung im Hinblick auf die Frage: ist die Möglichkeit einer Beeinflussung durch eine Freiheitsentziehung vorhanden oder nicht? — Es gibt mäßige Grade, in

denen die *Verhängung einer Freiheitsstrafe* einen günstigen, vom ungesetzlichen Tun abschreckenden Einfluß ausübt.

Kann es aber als festgestellt angesehen werden, daß dies unmöglich ist, stellt jeder Strafvollzug aufs deutlichste heraus, daß es sich um ein undisziplinierbares Individuum handelt, das sofort nach der Absolvierung wieder anläuft, so ist für seine dauernde Verwahrung in geeigneter Form zu sorgen.

Es sollte selbstverständlich sein, daß der auf Grund des § 51 freigesprochene Imbezille, dem eine Tat mit gemeingefährlichem Gepräge zur Last fiel, zunächst interniert und, wenn überhaupt, dann nur unter sorgfältigen Kautelen wieder in Freiheit gesetzt wird. Leider kommen Verstöße in dieser Hinsicht doch noch oftmals vor. Das mag zum Teil daran liegen, daß die Tätigkeit des Richters nach der Zuwilligung des § 51 bei uns ihr Ende erreicht hat. — Mit Recht wird man bei stärkeren Graden der Imbezillität seiner Anwendung zustimmen und bei leichteren den Standpunkt der Annahme einer geminderten Zurechnungsfähigkeit vertreten, aber genau genommen darf das nur geschehen, wenn gleichzeitig dem Richter es zugestanden wird, ein Wort zur weiteren Behandlungsfrage mitzusprechen. Leider weisen ja unsere strafrechtlichen Bestimmungen in dieser Hinsicht noch eine Lücke auf, während in verschiedenen europäischen Ländern dies anders ist.

Es müßte jeder Freispruch wegen Imbezillität oder wegen Trunkenheit auf der Basis der Imbezillität den Staatsanwalt wenigstens sofort zur *Stellung des Entmündigungsantrages* veranlassen in der Auffassung, daß nur die sorgsam ausgeübte Kuratel der Öffentlichkeit einige Garantie für Wohlverhalten seitens des Imbezillen bieten kann.

Das sind die wesentlichen Momente, die für den Schwachsinnigen als Objekt der Rechtspflege und der Psychiatrie in Frage kommen. Wenn irgendwo auf dem Gebiete forensischer Psychiatrie, so bieten sich hier dem gemeinschaftlichen Streben der Ärzte und Juristen die Handhaben einer aussichtsreichen Bekämpfung und Sicherung der Gesellschaft gegen Schädigungen, die nicht weniger schwer sind, wie die durch Seuchen verursachten.

II. Erworbene Geistesschwäche und Kriminalität.

Das Wesen des erworbenen Schwachsinns besteht darin, daß bei einem gesunden Individuum von einem bestimmten Lebenszeitpunkte an sich ein Niedergang der geistigen Funktionen einstellt, der bald rapider, bald langsamer, häufig auch unter sog. Remissionen, d. h. Zuständen zeitweiliger Besserung, verläuft. Er führt zu Terminalstadien aus-

gesprochenen Defektes, falls nicht der Natur der Störung nach der Ausgang ein tödlicher ist.

Die Krankheitsprozesse, um die es sich hier handelt, sind — wenn wir zunächst von Epilepsie und Hysterie absehen, die für sich besprochen werden sollen — erstens die mit großer Wahrscheinlichkeit auf feinanatomische Veränderungen zurückzuführenden Verblödungsprozesse des zweiten und dritten Lebensjahrzehntes, die man treffend nach dem von Anfang an das Bild beherrschen Symptome der Schwäche unter der Benennung „primärer Schwachsinn" umgreift; zweitens die durch gröbere anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems bedingte psychische Schwäche des Greisenalters und drittens die ebenfalls durch organische Veränderungen verursachte paralytische Demenz.

Von diesen beansprucht das größte forensische Interesse die erste Form aus dem Grunde, weil hier die Symptome zunächst verwaschenere sind, weil das Krankheitsbild sehr viele Varianten zeigt, speziell auch viele Züge hervortreten läßt, welche dem Laien nicht sofort als Ausdruck pathologischer Geistesbeschaffenheit erscheinen, und weil ferner die akuten Krankheitserscheinungen oft durch lange Zeiträume relativer Besserung abgelöst werden, in denen man im Laienpublikum gern Genesungen erblickt, wiewohl die Persönlichkeiten doch durchaus vom psychopathologischen Standpunkte aus zu betrachten sind.

Keine Form psychischer Störung bietet auch treffendere Beispiele für die endogene Natur der Psychosen. Wohl können einmal äußere Einflüsse den Stein ins Rollen bringen. Oft genug fehlt aber für den Ausbruch geistiger Störung jedes auslösende Moment, und was der Laie für die Ursache ansieht, das stellt sich dem Arzte als Symptom, als Vorgang heraus, zu welchem bereits krankhafte Reizbarkeit oder krankhafte Ideen den Anlaß gaben. — In einer Zeit, in welcher die Neigung stets zunimmt, die Ursachen von Krankheiten in Fahrlässigkeiten und Verfehlungen andrer zu erblicken und daraufhin Ansprüche geltend zu machen, ist es zweckmäßig, dies nachdrücklich zu betonen.

Der Schüler, dem der Lehrer im unerkannten Anfangsstadium der Störung, ärgerlich über seine läppischen Streiche, ein paar Ohrfeigen verabreicht, und der nun bald darauf deutlichere Zeichen von Geisteskrankheit zeigt — der Lehrbube, den der über seine zunehmende Lässigkeit erzürnte Meister züchtigt, die Magd, die angeblich tiefsinnig wurde, weil die Dienstherrschaft soviel an ihr auszusetzen hatte, das sind nur ein paar Beispiele für diese so häufige Verwechslung des Kausalnexus.

Der erste Beginn der Störung ist bisweilen ein subakuter, schleichender. Lange Zeit gelten die betr. Individuen für nervös, hysterisch, neurasthenisch. Man macht, zumal in besser situierten Verhältnissen, alle möglichen Versuche, ihnen zu helfen, geht von Arzt zu Arzt, von Anstalt zu Anstalt, bis endlich ein Erregungsausbruch oder ein Selbstmordversuch oder eine rätselhafte Handlung die Angehörigen erkennen läßt, daß die Nervosität denn doch etwas ernster genommen sein will, wie man gedacht. — Bald hört man in der Anamnese solcher dem Jugendirresein verfallenden Kranken von ihrer zunehmenden Müdigkeit, Schlaffheit und Apathie erzählen; wie

sie ihre Regsamkeit verloren, unter hypochondrischen Klagen allgemeiner Färbung sich auf sich selbst zurückzogen, im Bette hindämmerten, unbeeinflußbar, indifferent. — Bald erfährt man, daß sie, die sonst verläßliche, strebsame Menschen gewesen, auffielen durch läppische Heiterkeit, unstetes Wesen, durch eine Neigung zum Schabernack und sinnloser Zerstörung oder auch zu bizarren Streichen mit unsozialer Färbung. — Der Grad der Passivität kann in vielen Fällen von Anfang an ein so hochgradiger sein, daß sich die Hilfsbedürftigkeit des Kranken sofort deutlich herausstellt. Nicht selten glaubt dann die nach ursächlichen Momenten suchende Umgebung an eine Gemütsdepression, und auch Ärzte senden diese Fälle gelegentlich mit der Diagnose: „Melancholie“ zur Anstalt, Passivität und Gedankenleere mit trauriger Verstimmung verwechselnd. — Oder aber das Initialstadium gleicht mehr dem Bilde der maniakalischen Verstimmung, Heiterkeit und motorische Unruhe prävalieren im Symptomkomplex, leichtes Größendelir spricht sich in sprunghaft geäußerten Ideen besonderer Bedeutung der eigenen Person aus. Endlich gibt es eine dritte Gruppe von Vertretern des primären Schwachsinns, bei denen im Beginn der Störungen Wahnideen, von Anfang an mit dem Gepräge der Schwäche, im Vordergrunde der Krankheitserscheinungen stehen, eine Gruppe, deren Färbung und Diagnose die Bezeichnung „Dementia paranoides“, d. h. Schwachsinn mit dem Gepräge der Verrücktheit, prägnant zum Ausdruck bringt.

Zwischen den einzelnen Bildern stehen Übergangsformen mit oft wechselnden Symptomen. Die Mannigfaltigkeit wird noch vermehrt durch das nicht eben seltene Hinzutreten sog. katatonischer Züge. Nachdem anfangs vielleicht Wahnbildung, manische Erregung dem Bilde den Stempel verliehen, verfällt der Patient in jene eigenartigen Zustände scheinbar stumpfer Apathie, in denen er zur Bildsäule erstarrt auf seinem Lager ruht, allen Manipulationen aufs äußerste stumm widerstrebt und in zähem Negativismus verharrt, oder durch sonderbare Automatismen die Aufmerksamkeit auf sich lenkt, die sich in Schreck und Entsetzen wandelt, wenn der Kranke vielleicht mitten aus seinem Stupor heraus urplötzlich impulsiv eine brüske Gewalttat ausführt und damit seine Gefährlichkeit hinreichend erweist.

Von der speziellen Färbung dieser Krankheitsprozesse, ob mehr passivindifferent oder mehr aktiv vielgeschäftig, zur Wahnbildung neigend, hängt es zumeist ab, ob es zu Verstößen gegen das Strafrecht kommt. Die passivindifferenten Vertreter sind weniger in dieser Hinsicht gefährdet, wie die durch gesteigerte Lebhaftigkeit und vermehrten Bewegungsdrang ausgezeichneten Fälle. Gleichwohl geben auch jene nicht selten Anlaß zum Einschreiten der

Gerichte, insofern diese in ihnen Opfer sträflicher Vernachlässigung erblicken. Oft genug kommt es, speziell unter der ländlichen Bevölkerung, vor, daß der stuporöse Kranke sich selbst überlassen in Schmutz und Elend erstarrt, bis vielleicht auf Denunziation hin eine Behörde sich einmengt. Wollen wir doch nicht vergessen, daß wir in solchen Fällen mehr mit Beschränktheit wie Niedertracht zu rechnen haben. Negativistisches Widerstreben seitens der Kranken wird von beschränkten Angehörigen für Widerspruch genommen, und es heißt: „Nun wenn er nicht will, so mag er denn die Folgen tragen." Aggressive Akte bestimmen den Laien leicht zum Urteil: „wer so seinen Wohltätern vergilt, möge selbst zusehen, was aus ihm wird" usw. Anstalten sind oft weit und teuer, und Gemeinden sind oft arm und wenig einsichtig, wenn es gilt, auf ihre Kosten jemanden unterzubringen. So findet denn die einschreitende Behörde solche stumpfe Kranke oft in desolater Verfassung, die zunächst bestimmen könnte, den Stein auf die Ihrigen zu werfen, obwohl weit mehr die Verhältnisse schuld sind.

Bei den mit Unruhe einhergehenden Fällen können Anlaß zum polizeilichen Einschreiten geben: Beleidigung, Sachbeschädigung, läppische Entwendung, Hausfriedensbruch, sexuelle Vergehungen.

Einer unsrer Kranken foppte seinen Lehrherrn, einen Barbier, durch Auslaufenlassen eines größeren Postens Parfümflaschen; ein andrer ging in Ställe und beging sodomitische Handlungen; ein dritter ging in fremde Häuser und legte sich in fremde Betten; ein vierter schüttete Passanten Tinte auf die Kleider; ein fünfter veranlaßte einen Straßenauflauf, indem er einen Omnibusgaul am Zügel erfaßte und die Weiterfahrt des Wagens hinderte; ein sechster goß in einem Laden einer Verkäuferin ein Sirupsgefäß über den Kopf usw. usw.

Alle Straftaten dieser Patienten tragen zumeist den Stempel des Schwächlich-Läppischen an sich, der auffallen müßte. Und doch kommt es leider noch vor, daß sie zunächst betraft werden, und daß dann im Gefängnis der Defekt deutlicher zutage tritt.

Verwandtschaftliche Sorge bringt einen Teil der Kranken frühzeitig nach relativ harmlosen unsozialen Handlungen in die Anstalt in der Hoffnung, daß man sie heilen kann. Indessen spotten diese Krankheitsprozesse leider jeder Therapie. Diese kann nur eine symptomatische sein, wenn uns auch bisweilen die Behandlung vor große Aufgaben (künstliche Ernährung, Beruhigung, Bekämpfung impulsiver Tendenz zur Selbstbeschädigung) stellt. Oft bestimmt dann die Konstatierung des Ausbleibens deutlicher Heilerfolge die Angehörigen zur frühen Zurücknahme der Kranken, speziell dann, wenn ärztliche Vorsorge frühzeitig mahnt, ihnen einen Platz in der Pflegeanstalt zu sichern. In anderen Fällen kommt es nach dem Abklingen der stürmischen Initialsymptome schon bald zu einem erträglichen Zustande, der Kranke erscheint wieder sozial möglich und wird heimgenommen, weil man

glaubt, in freien Verhältnissen die Genesung schneller eintreten zu sehen. Ein solches Verfahren kann äußerlich von Erfolg gekrönt erscheinen, weil der Patient daheim etwas Beschäftigung nimmt und leidlich auskommt. Oft genug allerdings kommen die Entlassenen auch *bald wieder in die Anstalt*, um unter noch intensiveren Krankheitserscheinungen weitere Einbuße zu erfahren und nach und nach zu einem *Terminalstadium* ausgesprochenen Blödsinns zu gelangen. Diese, deutlichste Züge des geistigen Niederganges aufweisenden Fälle interessieren vom Standpunkte der forensischen Psychiatrie weniger wie diejenigen, in denen entweder die Initialsymptome sich so rasch abspielten, daß die Kranken gar nicht in die psychiatrische Anstalt gelangten, und nun nach schnell wiedererlangter Ruhe draußen weiterleben, oder in denen die Anfänge der Störung verkannt und die *pathologische* Natur von Erregungszuständen oder Depressionsstadien nicht begriffen wurden, in denen vielleicht gar disziplinarische Ahndung dagegen angewandt wurde. Das kann gelegentlich in Strafanstalten und Rettungshäusern vorkommen. Es fehlt dann bei späteren Konflikten mit dem Strafrecht quasi die „psychiatrische Etikettierung“ der Persönlichkeit, man vermißt das Warnungssignal, welches dem Strafrichter sonst doch sofort vor Augen erscheint, wenn er von einem Untersuchungsgefangenen hört, er sei schon einmal in einer Irrenanstalt gewesen.

Forensisch wichtig, weil gelegentlich zu strittigen Auffassungen führend, sind ferner die Fälle, in denen es sich um Leute handelt, die zwar früher einmal in der Anstalt waren, dann aber ins Leben zurückkehren konnten, wiewohl der Krankheitsprozeß einen Teil der Individualität vernichtet hatte.

Die Beobachtung eines scheinbar ganz besonnenen Auftretens, die Konstatierung eines leidlichen Gedächtnisses, eines korrekten Rechenvermögens, guter geographischer und historischer Kenntnisse, kurz eines umfangreichen, aus der vor dem Anstaltsaufenthalt liegenden Lebensperiode herübergeretteten Erinnerungsmateriales, können dann, auch wenn man weiß, daß der Betreffende einmal in einer Anstalt war, manchmal bestimmen, ihn höher einzuschätzen, wie er es tatsächlich verdient. Freilich wird in vielen Fällen der zur Begutachtung herbeigezogene Arzt schon sehr bald stutzig, wenn er sich genauer mit dem Betreffenden einläßt. Dann tritt die *Unfähigkeit*, sich zur logischen Unterhaltung zu sammeln, oft sehr bald zutage, man kann ihn im Gespräch gar nicht fassen, weil er immer abspringt, die Ausdrucksweise ist eine verdrehte, eigentümlich geschraubte, *Worte* werden falsch gebraucht, *neugebildete* eingeflochten. *Affekt im Wort* und *mimischer Ausdruck* korrespondieren nicht miteinander, kurz man kann bei psychologischer Analyse des Individuums erkennen, daß der innigere Zusammenhang der geistigen Sonderfunktionen Not gelitten hat. Der erste Eindruck dieser Personen darf nicht irreleiten, wenn es sich um die Frage der Verantwortlichkeit handelt. Eine längere Beobachtung erbringt dann doch den Beweis bestehender Urteilsschwäche, des Defektes auf dem Gebiet des Fühlens und Empfindens und zeigt oft in drastischer Schärfe, daß *von einem bestimmten Zeitpunkt*

des Vorlebens an, in welchem das Individuum plötzlich Zeichen akuter geistiger Störung bot, es sich völlig änderte im Sinne eintretender Defektuosität.

Es ist kein Zweifel, daß die Zahl der sich in der Öffentlichkeit bewegenden Fälle mäßiger juveniler Verblödung eine ziemlich große ist. Aus den Gelegenheitsarbeitern und Bummlern der Hafenstädte und Industriezentren, den Landstreichern und Straßenkehrern hebt genauere Sichtung manchen heraus, der infolge Krankheit und nicht aus Unmoral auf die niedre soziale Stufe hinabsank.

Dem am primären Schwachsinn Erkrankten gebührt selbstredend der Schutz des § 51, selbst in Zuständen erheblicher, an Genesung grenzender Remission. Doch müssen wir uns davor hüten, die Diagnose des primären Schwachsinns zu bereitwillig zu stellen. Nicht in jedem zwischen 15 und 25—30 Jahre alten Patienten dürfen wir vorschnell einen ins Gebiet der erworbenen Demenz zu rechnenden Fall erblicken, wozu man in Irrenanstalten bisweilen etwas übereilig bereit ist. Erleben wir doch manchmal, daß Fälle, denen wir baldigen Rückfall prophezeien zu müssen glaubten, bei denen wir nur Remission annahmen, draußen sich als durchaus genesen erwiesen und durch ihre Lebensführung und Leistungen uns ad absurdum führen. — Es kann vorkommen, daß dann später einmal bei irgendwelchen rechtlichen Verwicklungen auf die Tatsache des früheren Anstaltsaufenthaltes hingewiesen und daß dann seitens des Untersuchungsrichters von uns ein Krankenjournal verlangt wird, dessen Diagnose eines primären Schwachsinns der Gerichtsarzt dann mit Recht anzweifelt.

Allerdings kann man stationär gewordenen Fällen von primärer Demenz mit äußerst leichtem Defekt, leichter Urteilsschwäche, mäßig starken ethischen Mängeln begegnen, Fällen, bei denen die ältere Psychiatrie wohl von Heilung mit Defekt sprach. An Zahl werden sie indessen bedeutend übertroffen von jenen, in denen das Ruinenhafte der ganzen Persönlichkeit dem Untersuchungsrichter bei Konflikten entweder sofort auffällt, oder doch sehr bald im Laufe eines Untersuchungsverfahrens deutlich hervortritt.

Als zweite Form des erworbenen Schwachsinns sei die **Dementia paralytica** betrachtet. Sie ist diejenige Geistesstörung, der man am allerhäufigsten bei den auf der Höhe des Lebens stehenden Personen begegnet. Wo immer man bei solchen eine Psychose ausbrechen sieht, ist zunächst stets in erster Linie an die Möglichkeit der Paralyse zu denken. Und wo immer der Richter im Strafverfahren sich Personen gegenüber sieht, die nach einem makellosen Leben Handlungen begingen, in denen sich auffällige ethische Defekte, Mangel an vernünftiger Überlegung, Indifferenz gegen sonst gekannte und erfüllte Pflichten zeigen, da sollte er den Verdacht auf Paralyse nicht ungeprüft lassen.

Ein Zusammenhang mit der Syphilis ist zweifellos, wenn auch nach unsren Beobachtungen kein Zweifel besteht, daß die große Mehrzahl der nach überstandener

Syphilis an Paralyse erkrankenden Personen schon an sich psychische Anomalien besaßen und daß eine gewisse Veranlagung zu psychischen Störungen eine Rolle mitspielt. Es ist klar, daß eine rationelle Bekämpfung der Syphilis auch zur Entlastung der Irrenanstalten beitragen kann.

Die Krankheit charakterisiert sich als ein bald in schnellerem, bald in langsamerem Tempo erfolgender Abstieg auf allen Gebieten der Seelentätigkeit, als ein Verfall der Intelligenz, der Moral, des Urteils. Lähmungen begleiten ihn, bis im Stadium tiefsten Verfalles der tödliche Ausgang durch Komplikationen erfolgt (Lungenentzündung, Druckbrand, Eiterungen usw.).

Das Krankheitsbild ist auf der Höhe ein so typisches und scharfgezeichnetes, daß kaum jemals ein Übersehen zu befürchten ist. Ausgeprägte Fälle, die unter dem Bilde der Erregung mit ausgesprochenen, oft ganz ungeheuerlichen Größenideen auftreten, körperlich auffallen durch den taumelnden Gang, die stammelnde Sprache der Kranken, die wird niemand verkennen und gerichtsärztliche Feststellung wird schnell zum positiven Resultat kommen. — Dagegen ereignet es sich immer auch jetzt noch, daß im Anfang der Störung der Verdacht auf beginnende Geistesstörung gar nicht auftaucht, daß Urteile erlassen werden, deren Unvollstreckbarkeit sich dann nach der Einleitung des Strafvollzuges bald herausstellt.

Der Irrtum ist um so leichter möglich, wenn Individuen in Frage kommen, die von jeher moralisch minderwertig waren, schon Vorstrafen verbüßten, als Alkoholisten vielleicht bekannt waren, kurz, wenn es sich um Leute handelt, die man im allgemeinen nicht so unter die Lupe der Kritik zu nehmen pflegt, wie den bis dahin gutbeleumundeten Menschen. So kann es sich ereignen, daß eine Straftat, die in beginnender Paralyse begangen wurde, erst recht zur Ahndung herausfordert. Es erscheint dem Richter vielleicht ganz angebracht, den Trinker, der sich anscheinend schuldbar selbst ruiniert hat, auf längere Zeit festzusetzen. — So hält nicht selten der Gefängnisarzt die Nachlese und sendet den geisteskranken Verbrecher in die Anstalt, in die er als verbrecherischer Geisteskranker sofort hätte Aufnahme finden sollen. Vom Standpunkte dessen, dem es in erster Linie auf die Entfernung unsozialer Elemente aus der Gesellschaft ankommt, mag es ziemlich egal sein, ob der Betreffende dirøkt in die Irreaanstalt kommt oder indirekt auf dem Umwege über die Strafanstalt. Für die Familie ist es aber nicht egal, denn angenehmer wird es sein, einen Vater in die Irrenanstalt verbracht zu wissen, der in geisteskrankem Zustande kriminell wurde, wie einen rechtskräftig Verurteilten, der nach dem äußeren Anschein erst im Strafvollzug, scheinbar unter den Einwirkungen des letzteren und infolge von Gewissensbissen, erkrankte. Auch für den Staat können hier Irrtümer sich schwer rächen durch Anträge auf Wiederaufnahme des Verfahrens seitens der Familie und Geltendmachung hoher Entschädigungsansprüche im Falle eines dann erlangten Freispruches.

Am ehesten muß der Untersuchungsrichter stutzig werden, wenn die Anklage sich gegen eine Person richtet, die bis dahin unbestraft war, sich allgemeiner Achtung erfreute, vielleicht gar ein tadelloses Familienleben geführt hat und nun von einem bestimmten Zeitpunkt an ein verändertes Wesen zeigte, reizbar, haltlos wurde, die früher vollgültig erfüllten Pflichten vernachlässigte, kurz sich gegen ehedem auffällig verändert erwies. — Leider kommt es aber oft

genug auch vor, daß dann ein akzidenteller Alkoholismus überlagert, der bei oberflächlicher Betrachtung und Neigung zum Moralisieren nun als *Ursache* des verwandelten Wesens aufgefaßt wird, während er de facto nur *Teilerscheinung* ist. — Dieses häufige Vorkommnis enthält ebenfalls eine drastische Warnung gegen die so oft anzutreffende Gepflogenheit, alle „Alkoholisten" mit demselben Maße zu messen, anstatt dem Kausalzusammenhange im Einzelfalle nachzuforschen. Das sind nicht Opfer des Alkoholmißbrauchs, sondern dem Trunk verfallene Geisteskranke, welche in ihrer Haltlosigkeit an den Alkohol gerieten.

Dem Verlust auf intellektuellem Gebiete geht bei jedem Paralytiker oft lange voraus eine auffällige *Abstumpfung* des Feingefühls für das, was schicklich ist, des natürlichen Taktes, des Empfindens für die Vorschriften der guten Sitte. Je nach der gesellschaftlichen Stufe erregt dies Anstoß. Beim Gebildeten sind es kleine Salopperien in Kleidung und Auftreten, die auffallen, oder ein eigentümlicher Mangel an Respekt vor den ihn umgebenden Verhältnissen und Personen. Er redet vielleicht laut, wo gute Sitte und Anstand ein ruhiges Verhalten verlangen, er läßt eine Achtung der gesellschaftlichen Formen vermissen, läßt sich, zumal im Kreise der Familie, in einer Weise gehen, die bis dahin an ihm fremd war, flicht gern Zynismen ein, gebraucht Schimpfworte, die sonst ihm fremd waren usw. — In zahlreichen Fällen zeigt sich gleichzeitig auch schon jener Zug, dem man bei so vielen Nervenkrankheiten begegnet, die *gesteigerte Reizbarkeit*: Jähzorn und Brutalität auf geringe oder eingebildete Anlässe hin. Der Kranke, den alles vielleicht nur für nervös, abgespannt, überreizt hält, fängt an, auf Bagatellen hin Vorgesetzte zu brüskieren, Käufer in seinem Geschäft zu beleidigen, Untergebene zu malträtieren, im Kreise seiner Familie bei jeder unwichtigen Gelegenheit Lärm zu schlagen usw.

Die Abstumpfung der Moral und die Reizbarkeit sind es oft, welche den Erkrankenden zuerst in *Konflikte mit dem Gesetz* treiben. So begegnen wir dem Paralytiker gelegentlich als *Sittlichkeitsverbrecher* nach Akten, die zunächst wie *Exhibitionismus* anmuten, faktisch aber nur auf Gleichgültigkeit gegen die Gebote des Anstandes zurückzuführen sind. Oder aber auch nach Akten, die wirkliche Entäußerungen des Sexualtriebes sind. *Blutschänderische Angriffe* auf nächste Familienmitglieder, die eigenen Kinder, kommen vor. Oder die Reizbarkeit führt zu *Hausfriedensbruch*. Der Kranke irrt sich in der Wohnung, gerät, hinausgewiesen, in Wut, beleidigt, begeht *Körperverletzung* oder vielleicht gar *Totschlag*. — Auch in den Zeiten, in denen die Konzentration zu geistigen Leistungen noch in reduziertem Maße möglich ist und noch zusammenhängende geistige Arbeit geleistet wird, beeinflussen *Gedächtnisschwäche* und ein *Verlust an Überblick* oft schon stark das Resultat der Arbeit. Kleine Lapsus können sich einschleichen, die den Anstoß zu kolossalen Fehlern geben, weil doch schon *eine* Zahl an falscher Stelle

verhängnisvoll werden kann. Das Schätzungsvermögen leidet Not, Wichtiges bleibt liegen, Nebensächliches wird zuerst vorgenommen u. dgl. m.

Aus derartigen Kleinigkeiten können (zumal bei Beamten, Kaufleuten) Verwicklungen entstehen. Anklagen wegen sträflicher Nachlässigkeit im Dienst, Unterlassung usw. Und wenn gar Kassendefekte sich herausstellen, so machen die Fehler gar leicht den Eindruck, wie wenn sie zum Zwecke einer Verschleierung absichtlich begangen seien. So kann der Kaufmann des betrügerischen Bankrotts, der Beamte der Urkundenfälschung geziehen werden, wenn zunächst das Pathologische seines Wesens nicht auffiel. — Reizbarkeit und Unruhe werden oft mißdeutet, in falschem Zusammenhang erblickt, wenn vielleicht der den Überblick verlierende Kranke in auffälliger Vielgeschäftigkeit sich umhertreibt, reist, große Bestellungen und Einkäufe macht. Dann sollen die Strapazen der Reise, der Bahnfahrten usw. die Ursache seiner Nervosität gewesen sein, und ungläubig wird der Auffassung des Arztes widersprochen.

Man kann in solchen Fällen, wenn sich die Anfänge der Paralyse über längere Zeit hinziehen, es oft erleben, daß leichtsinnig seitens der Menschen Schlüsse gezogen, schwere Anschuldigungen der unsinnigsten Art erhoben werden, daß Feindschaften in Familien keimen und ausgetragen werden, die bei sachlicher Betrachtung gar nicht aufkommen dürften. Da flüchtet vielleicht die Gattin vor Brutalitäten des Mannes, und nun gibt man ihr hernach Schuld, daß der Gatte wegen mangelnder Pflege und aus Kummer erkrankt sei; da beschuldigt vielleicht, wie es mir einmal vorkam, die Schwiegermutter die Frau, daß sie krank gewesen sein müsse, unter der Begründung, daß sie doch viermal abortiert und dann ein krankes Kind zur Welt gebracht habe, während in Wahrheit die unglückliche Frau von dem mit florider Syphilis in die Ehe kommenden Manne infiziert wurde. Auch aus solchen Vorgängen können forensische Verwicklungen hervorgehen, aus denen dem Richter nur der Sachverständige einen Ausweg zeigen kann: Beleidigungsklagen, Klagen auf übernommene, aber nicht erfüllte Verpflichtungen usw.

Die Unfähigkeit, seine Lage nach allen Einzelheiten zu überblicken, in Verbindung mit einer euphorischen Überschätzung seines Könnens und seiner Hilfsmittel veranlaßt den beginnenden Paralytiker gerade nicht selten, über seine Verhältnisse zu leben, wahllos von seinem Besitz zu verschenken, Verpflichtungen einzugehen, denen er mit seinen Mitteln nicht gewachsen ist. Das schafft ihm Anklagen wegen Betrug oder zivilrechtliche Belangung auf Erfüllung von Kontrakten und dergleichen Weiterungen mehr, Ereignisse, die ihn nun wieder in Harnisch bringen und ev. zu Affektausbrüchen führen. Später, wenn die Größenideen das Gepräge des Unmöglichen, Phantastischen annehmen, wenn der Kranke mit Milliarden um sich wirft, dann ist die Verkennung nicht gut möglich. Aber in dieser Frühperiode, wo die Pläne oft noch im Rahmen des Möglichen

sich bewegen, kann es geschehen, daß ihre krankhafte Entstehung nicht auffällt, sie erscheinen als Ausfluß „großmänligen", prahlerischen Wesens, dem wohl gar mit verächtlichem Spott begegnet wird.

Es kann nicht Aufgabe des Referenten sein, an dieser Stelle die Einzelheiten des weiteren Verlaufes der Paralyse zu schildern. Der Kursteilnehmer aus juristischen Kreisen möge sich aus populären Schriften, die ja jedem erreichbar sind, über die aus langsam einsetzenden Lähmungen herzuleitenden Störungen der Sprache, der Schrift, des Ganges orientieren. In diesen Beziehungen sowohl wie bezüglich des Niederganges der Intelligenz (Abnahme der Merkfähigkeit, Störungen des Rechenvermögens, Verlust der Orientierung, der Initiative usw.) zeigen sich viele Varianten. Bald trägt das Verhalten von Anfang an das Gepräge indolenter Demenz, bald geht es stufenweise mit Unterbrechungen bergab, jeder Fall hat seine Besonderheiten.

Mit der Diagnose, daß es sich um beginnende progressive Paralyse handelt, ist selbstverständlich die in Frage kommende Persönlichkeit dauernd dem Schutze des § 51 unterstellt. Diese Diagnose steht fest, wenn neben psychischer Schwäche sich die körperlichen Symptome einer Tabes nachweisen lassen. Dann hat jede Kontroverse zwischen dem Richter und dem Arzte aufzuhören über freie Willensbestimmung, relativ gut erhaltene Fähigkeiten usw. mehr. Freilich muß die ärztliche Feststellung der tabischen Symptome, wenn man sie als ausschlaggebend bei noch nicht absolut eindeutigen psychischen Symptomen in die Wagschale werfen will, durchaus einwandfrei erfolgt sein. Pupillendifferenz ist kein Beweis, und bei manchem Fall, den Ärzte als paralyseverdächtig bezeichnen, weist die Prüfung mit einer Pupillenlampe schließlich doch noch Reaktion der Pupillen nach. Ebenso ist manches Patellarphänomen schließlich doch noch nachzuweisen am äquilibrierten Bein. Es ist also hier Vorsicht nötig. Wir dürfen auch nicht vergessen, daß es Fälle von Tabes gibt, bei denen eine Depression nicht paralytischer Natur sich zeigen kann, lediglich als Begleiterscheinung und wieder schwindend, eine Beobachtung, die gelegentlich einmal in Entmündigungsangelegenheiten Bedeutung gewinnen kann.

Weiß der Untersuchungsrichter um die Bedeutung dieser körperlichen Symptome, so kann er vielleicht Gelegenheit nehmen, selbst zunächst einmal sich die Pupillen seines Gegenüber anzusehen und sie am Fenster zu prüfen. Das ist keine Kunst und kann so wichtige Folgen haben. — Daß ihm Sprachstörungen, Stammeln, undeutlich verwaschene lallende Sprache sofort auffallen und veranlassen muß, den Arzt hinzuzuziehen, bedarf kaum der Betonung.

Zur Paralyse ist also vom Standpunkt der forensischen Psychiatrie etwa folgendes zu sagen:

1. Dem Verfall auf intellektuellem Gebiete gehen stets Veränderungen des ethischen Empfindens und der Resistenzfähigkeit voran, die bereits als Initialsymptome der Paralyse zu gelten haben, deren Nachweis somit den Kriminellen unter den § 51 stellt.

2. Straftaten Paralytischer fallen fast stets durch Unbesonnenheit und Unvorsichtigkeit auf. Von Delikten können alle vorkommen. Sie erklären sich aus der Vergeßlichkeit, der Erreglichkeit, der Unfähigkeit der Kranken, Impulsen und Trieben noch die nötige Hemmung und Überlegung entgegenzusetzen, der ethischen Indifferenz usw.

3. Bei allen Personen, die in mittleren Lebensjahren nach seitherigem Wohlverhalten beruflich Schiffbruch erleiden, eine auffällig gegen früher veränderte Lebensweise zeigen und kriminell werden, ist die Frage, ob Paralyse vorliegen könne, zu stellen.

4. Der Ausbruch paralytischer Seelenstörung bald nach einer Verurteilung berechtigt hinreichend zum Verlangen nach einer Revision.

Bei einem Selbstmord im Beginn der Untersuchungshaft kann es gelegentlich von Wichtigkeit sein, festzustellen, ob ein Paralyseverdacht berechtigt war. Ein guter Verteidiger wird in Verfechtung des Interesses nach Rehabilitation verlangender Angehöriger Gelegenheit nehmen, alsdann die Sektion zu veranlassen und die mikroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems zu verlangen. Auch zivilrechtlich kann die Frage, ob Paralyse vorlag, ihre große Bedeutung haben, wenn z. B. seitens Lebensversicherungsgesellschaften die Auszahlung von Versicherungssummen an die Hinterbliebenen von Selbstmördern verweigert wird. In einem meiner Fälle begnügten sich die Ärzte mit der Festlegung des makroskopischen Sektionsbefundes am Gehirn, ein Verhalten, das nicht zu billigen ist.

Als dritte forensisch wichtige Form der Verblödung sei die **senile Demenz** genannt.

Es könnte scheinen, als ob bei dieser Form im Vergleich zu den das mittlere Lebensalter befallenden Verblödungsprozessen die Gefahr des Verkennens eine geringere sei, weil doch gewissermaßen die Konstatierung der höheren Jahre schon ein warnendes Signal darstellt und bestimmen muß, die Persönlichkeit genauer zu betrachten. Und doch kommen Irrtümer hinsichtlich der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit älterer Personen häufig genug auch in der Gegenwart noch vor.

Das mag zunächst darin begründet sein, daß eben der Begriff „Greisenalter“ ein nach unten nicht immer scharf abgrenzbarer ist, daß die senile Involution bei den einzelnen Individuen zu ganz verschiedenen Zeiten eintritt, bei einem früh, beim andren außerordentlich spät. Wir begegnen Sechzigern, die schon alle körperlichen Zeichen des Verfalls bieten und geistige Ruinen sind, und Siebzigern, die noch in voller Rüstigkeit verantwortliche Posten ausfüllen. — Die Konstatierung, daß eine bestimmte Altersgrenze überschritten ist, kann somit wohl warnen, ist aber noch lange kein Beweis dafür, daß bereits Veränderungen des Zentralnervensystems sich eingestellt haben müssen, welche das Geistesleben so störend beeinflussen, daß das Verständnis für die Strafbarkeit bestimmter Handlungen fehlt, die Hemmung völlig aufgehoben, Beeinflußbarkeit durch strafrechtliche Ahndung nicht mehr besteht.

Wir begegnen im allgemeinen bei dem Durchschnitt der Menschen um die 60 herum gewissen seelischen Veränderungen in bezug auf die geistige Aufnahme und Verarbeitung und hinsichtlich des Gemütslebens, die in letzter Linie durch feine Veränderungen in der Struktur der Großhirnrinde hervorgerufen sein müssen. Die Spannkraft erfährt eine Abnahme, die Leistungen werden geringer, der Wagemut sinkt, die Sorge um das eigene Wohl tritt mehr in den Mittelpunkt des Interesses. Auf charakterologischem Gebiete treten Züge hervor, die im allgemeinen die Sympathien andrer eher abschwächen als mehren. Die Neigung, sich korrigieren zu lassen in bezug auf unzutreffende Ansichten, wird geringer, es wird starrer wie sonst an vorgefaßten Meinungen festgehalten, die Zugänglichkeit nimmt ab usw. — Die bewußte oder unbewußte Empfindung des langsamen Rückganges der eigenen Leistungsfähigkeit, die speziell dadurch oft dem Alternden sich deutlich macht, daß er selbst merkt, wie ihm Irrtümer unterlaufen, wie er vergeßlich wird, bewirkt dann oft, daß er um so ängstlicher bemüht ist, nach außen den Schein voller Kraft aufrecht zu erhalten und daß er jedem, der ihm verdächtig wird, als ob er die Autorität des Alters nicht anerkennen wolle, schroff oder gar brüsk entgegentritt.

Von jeher vorhandene Charaktereigenschaften treten mit herannahendem Alter meist schärfer hervor. Der mißtrauisch Veranlagte wird förmlich paranoisch durch seine Neigung, stets Mangel an Pietät und Treue zu wittern. Der an das Zusammenhalten Gewöhnte wird zum Geizhals. Der scharfe Tadler wird zum unerbittlichen Richter, der alles negiert.

Aber auch angenehmere Charakterzüge können sich potenzieren. Neben den verbitterten, scharfen Greisen begegnet man den durch ein Übermaß an Kordialität und jovialem Wesen sich auszeichnenden mit heitrer Lebensanschauung, geneigt zum Verzeihen, geneigt aber auch zu etwas kritiklosen Freundschaftsbündnissen, schwankend in den Ansichten und darum nicht besonders verläßlich.

Es ist hinreichend bekannt, daß die Grundstimmung und die Färbung der Lebensanschauungen (ob herb-kritisch, ob gütig-versöhnend) Bericht und Aussage zu färben pflegen und Greise als Zeugen darum vorsichtig zu nehmen sind.

Von diesen Typen seniler Involution mit erhaltener Intelligenz und völliger geistiger Klarheit zu den als senile Demenz anzusprechenden Zuständen führen zahlreiche Zwischenstufen hinüber, je nach dem Grade des Intelligenzverlustes und der Stärke körperlicher Begleiterscheinungen verschieden.

Von letzteren sind zu erwähnen Unruhe und Unsicherheit auf muskulärem Gebiete, die sich in Zittererscheinungen ausprägen, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, Schwächezustände allgemeiner Art u. dgl. m., die allgemeine Atrophie auf allen Gebieten, die dem Körper den Stempel der Schrumpfung aufprägt.

Psychisch ähnelt die senile Demenz hinsichtlich der Abnahme der Intelligenz in vielen Beziehungen der *Paralyse*, und zwar so sehr, daß man manchmal kaum entscheiden kann, ob das klinische Bild als eine frühzeitige senile Demenz oder als eine spät im Leben auftretende Paralyse bezeichnet werden soll.

Neben dem Intelligenzverlust, der in schweren Fällen bis zum völligen Erlöschen führen, mit Ausschaltung des letzten Restes von Orientiertheit über die eigene Persönlichkeit und die allernächste Umgebung verbunden sein kann, treffen wir beim Greisenschwachsinn auf *schwächliche Wahnbildung*, mit dem Inhalt der Verfolgungsfurcht und hypochondrischer Sorge; *Sinnestäuschungen*, speziell des Gehörs, sind nicht selten. — In manchen Fällen überwiegt von vornherein die Tendenz zur Apathie, allgemeiner Hemmung, ähnlich dem Bilde der einfachen dementen Form der Paralyse. Die Kranken dämmern im Bette hin in stumpfer Gleichgültigkeit. In andren verleiht eine gewisse *manische* Erregung dem Bilde des Greisenschwachsinns eine besondere Färbung; Unruhe, läppische Heiterkeit, Vielgeschäftigkeit stehen eine Zeitlang im Vordergrunde der Symptome.

Diese, sagen wir, motorischen Formen sind am meisten zu Verstößen gegen das Strafrecht veranlagt. Da treibt den schlaflosen Greis nächtlich seine Unruhe im Hause umher, er zündet Licht an, vergißt es zu löschen, oder er geht achtlos damit in Räume, in denen Licht eine Gefahr bedeutet, er vergißt den Gashahn zu schließen, und die fahrlässige *Brandstiftung* ist fertig. Oder er dringt in Wohnungen ein, die ihn nichts angehen, und begeht, zur Rede gestellt, *Beleidigungen, Hausfriedensbruch.*

Dem äußerlich noch nicht blöd erscheinenden, aber doch schon krankhaft vergeßlichen Greise begegnen wir gelegentlich unter der Anklage des *Meineids* (Offenbarungseide seniler Bankrotteure). Herrscht auch zumeist in den Delikten der Greise eine Schwäche vor, ein Mangel an Energie und Impulsivität, so daß im allgemeinen schwere Gewalttaten nicht in Frage kommen, so lehrt doch die Kasuistik, daß auch die *allerschwersten Angriffe auf das Leben* vorkommen können. Nicht selten spielen dann *pseudoparanoische* Vorstellungen eine Rolle, z. B. *Eifersuchtideen*, die zur Tötung der Ehegattin führen. — Indessen pflegen derartige Vorkommnisse zum Glück selten zu sein.

Ein, man möchte sagen, *spezifisches Delikt des Seniums* stellt das *Sittlichkeitsdelikt* dar. Wie es zustande kommt, ob im Alter der Sexualtrieb sich nach einem Zurücktreten stärker wieder geltend macht (Johannistrieb), oder ob es sich um von jeher sexuell begehrliche Individuen handelt, die aus Mangel an Hemmung sich vergehen, kann unentschieden bleiben. Tatsache ist, daß alljährlich eine große Anzahl von Personen, die im höheren Alter stehen, wegen Vergehen wider die

Sittlichkeit angeklagt und verurteilt werden, und daß es sich oft um Leute handelt, die niemals vorbestraft waren und als ehrenhafte Menschen galten.

Kein Untersuchungsrichter sollte in solchen Fällen es unterlassen, eine psychiatrische Prüfung zu verfügen, die aber nie durch den Gerichtsarzt im Gefängnis, sondern stets durch den Fachpsychiater in der Anstalt vorgenommen werden sollte. Die Vorarbeiten eines Gutachtens in solchen Fällen, bei denen der Verdacht auf ein Überschreiten der Grenze physiologischer seniler Involution nach der pathologischen Seite hin in Frage kommt, erfordern eine derartige (genauere Prüfungen der Merkfähigkeit, der Assoziationen, der höheren psychischen Funktionen in allen feineren Einzelheiten) Mühe, daß ein paar Vorbesuche und oberflächliche Unterhaltungen nicht als genügende Basis einer gutachtlichen Äußerung erachtet werden können.

Ob es sich nicht ermöglichen ließe, die Sittlichkeitsdelikte der Greise auf ein Minimum zu reduzieren, lasse ich unentschieden. Ich möchte es bejahen. Fast stets handelt es sich um Personen, die mit der Aufsicht über Kinder betraut wurden, welche ihnen gar nicht hätte übertragen werden können, wenn die Familie etwas vorsichtiger war. So oft tritt an senilen Personen, die einmal zum Sittendelikt sich versteigen könnten, eine Neigung zur läppischen Erotik hervor, zu Zynismen und sexuellen Anzüglichkeiten, die entschieden in vielen Fällen, zumal in gebildeten Kreisen, zur Prophylaxe veranlassen sollte.

Mehr wie auf anderen Gebieten dürfte bei Delikten seniler Personen in Fällen, die eine unbedingte Anwendung des § 51 nicht angezeigt erscheinen lassen, der Satz „in dubio pro reo" Beachtung verdienen. — Andrerseits sollte aber auch jeder Sachverständige sich in acht nehmen, bei Delikten seitens Personen, die noch unter 60 stehen und auch körperlich keine Andeutungen früher Involution oder von Arteriosklerose zeigen, mit der Annahme beginnender seniler Demenz zu bestimmt aufzutreten. Ich habe einmal als Sachverständiger in einer Sache zu tun gehabt, in der es sich um Unterschlagungen seitens eines 54jährigen handelte, der von jeher als geizig, in Geldsachen nicht besonders lauter galt, und von dem nun eine Unzahl von Zügen kleinlicher Handlungsweise berichtet wurde, durch welche ein seniler Verarmungswahn bewiesen werden sollte. Die Verteidigung führte meiner Ansicht, daß der Betreffende verantwortlich zu machen sei, zwei andere Herren entgegen, welche den Beklagten als im Beginne seniler Demenz stehend bezeichneten und für Freispruch eintraten. Trotzdem kam es zur Verurteilung im Sinne meiner Stellungnahme zur Frage der Zurechnungsfähigkeit. Seitdem sind vier Jahre verflossen und der betreffende damals Verurteilte führt ein Geschäft. Seine Verfügungsfähigkeit wurde von den Seinen niemals als reduziert bezeichnet, obwohl nichts näher gelegen hätte, wie ein Antrag auf Entmündigung bei einem Hervortreten deutlicher Züge seniler Schwäche, dessen Erfolg dann recht wohl den Antrag auf Revision hätte begründen können!

III. Transitorische Geistesstörungen und ihre forensischen Beziehungen.

Die hier zunächst zu betrachtenden Störungen der Melancholie und Manie imponieren dem nichtärztlichen Beobachter darum manchmal zu-

nächst nicht als Störungen der Geistestätigkeit, deren Träger dem § 51 zu unterstellen sind, weil diese äußerlich klar und orientiert erscheinen und von den Symptomen, ohne welche der Laie Geisteskrankheit sich nicht recht vorstellen kann (Sinnestäuschungen, Wahnideen, tobsüchtige Erregung) nichts bieten. Zudem wird sehr gern in einer melancholischen Verstimmung bei Angeklagten der Ausfluß der Angst vor Strafe und des Schuldbewußtseins, nicht aber eine Krankheit erblickt.

Der Grad der Stärke gemütlicher Depression bei dem Gesunden ist individuell sehr verschieden. Äußere Umstände, Temperament, das Auftauchen tröstender Momente bestimmen die Intensität und Dauer trauriger Affektzustände. Motivierte Gemütsverstimmungen, welche in ihrer Stärke dem Anlaß proportional sind, fallen nicht in die Breite des Pathologischen und haben mit der forensischen Psychiatrie nichts zu tun.

Melancholie nennen wir die grundlose unmotivierte oder doch zum auslösenden Moment in gar keinem Verhältnis stehende traurige Verstimmung, die begleitet wird von psychischen Hemmungen, oft auch von Wahnideen egozentrischen Inhaltes, meist auch von körperlichen Begleiterscheinungen, Ernährungsrückgang, Kräfteverfall.

Die Störung befällt Personen jeden Alters und Geschlechtes. Nicht selten schließt sie sich an an körperlich schwächende Ereignisse und physiologische Vorgänge, z. B. Laktation und Klimakterium.

Bezüglich des Verlaufes der Störung (zunehmende Indifferenz gegen alle Lebenswerte, wachsendes Empfinden der eigenen Schwäche und Leistungsunfähigkeit, krankhaftes Grübeln über den eigenen Zustand und wahnhafte Erklärungsversuche im Sinne des eigenen Unwertes, der Sündhaftigkeit und Verworfenheit, explosive Entäußerung der inneren Spannung in Selbstmordversuchen, oft nach homizidalen Handlungen) muß auf die Darstellungen der Lehrbücher verwiesen werden. — Aus den charakteristischen Symptomen ergeben sich die strafrechtlichen Beziehungen. Zunehmende Apathie kann zur Vernachlässigung von Berufspflichten führen: Unterlassungsdelikte, die leicht den Verdacht absichtlicher Vernachlässigung und der Verschleierung erregen können. — Krankhafte Deutungsbestrebungen veranlassen Selbstbezichtigung, die man als typische forensische Handlung der Melancholiker bezeichnen kann. Auf Grund unzutreffender Selbstanklagen sind schon umfangreiche Verfahren eingeleitet worden. — Am häufigsten begegnen wir dem Melancholiker als Totschläger, der die Seinen aus Verarmungsideen opferte und ihnen selbst in den Tod folgt.

Für den Sachverständigen ist es leicht, den Nachweis der Unzurechnungsfähigkeit zu führen, wenn ein melancholisches Motiv in der Tat ersichtlich ist und zur Zeit der Begehung bereits das Krankheitsbild ein komplettes war. Schwieriger ist seine Aufgabe, wenn der

Konflikt mit dem Strafrechte in die Initialperiode fiel. Die Zunahme der Depression kann dann als Reaktion auf die Einleitung des Strafverfahrens erscheinen. Andrerseits muß aber auch zugegeben werden, daß eine Versetzung in Anklagezustand bei psychopathischen Persönlichkeiten an sich schon recht wohl eine Gemütsdepression durchaus krankhafter Art auslösen kann, ohne daß für die Zeit der Straftat dies entschuldigende Moment geltend gemacht werden darf. Solche Fälle von *Melancholie nach der Tat* stellen den Gutachter vor schwierige Aufgaben, zumal wenn dann Simulationsversuche hinzukommen. Letztere haben oft das Charakteristische, daß sie infolge der Urteil und Überlegungsvermögen trübenden pathologischen Angst äußerst plump und grob sind (Verfehlen oder bizarres Beantworten der einfachsten Rechenfragen, falsche Bezeichnung der alltäglichen Gegenstände). Der gesunde wiewohl stark deprimierte Mensch wird nie zu so plumper Täuschung sich versteigen. Sie ist somit ein Zeichen von diagnostisch ausschlaggebender Wichtigkeit, das nicht mißdeutet werden sollte, gelegentlich aber leider bestimmt, *alle* Krankheitserscheinungen und melancholische Äußerungen für simuliert anzusehen.

Selbstmorde Melancholischer in Anstalten können für den Arzt verhängnisvoll werden, insofern als man ihn der Fahrlässigkeit zeiht und Entschädigungsansprüche stellt. Andrerseits perhorreszieren gerade die Angehörigen von Melancholischen meist die gemeinschaftliche Pflege unter Überwachung und drängen auf freiheitliche Behandlung ihrer Kranken! Der Jurist sei zurückhaltend in der Beurteilung solcher Fälle, denn selbst in den bestgeleiteten Anstalten kann einmal ein Selbstmord gelingen. Wenn es sich häufiger ereignen sollte, daß Ärzte eine schonende Behandlung von Melancholischen durch hohe pekuniäre Entschädigungen an die Hinterlassenen eines Selbstmörders büßen müssen, so wird dies der freiheitlichen Entwicklung des Anstaltswesens sicher schaden.

Einen gewissen Gegensatz zur Melancholie bildet die **Manie**, *maniakalische Gemütsverstimmung*, insofern als hier geistige Regsamkeit und motorischer Impuls krankhaft gesteigert sind. Es zeigen sich Ideenflucht, gehobene Stimmungslage, Fortfall der Hemmungen, gesteigerter Bewegungs- und Rededrang.

Die ältere Psychiatrie nahm, was hier nebenbei des Namensgleichklanges wegen erwähnt sein möge, sog. „*Monomanien*“ an, d. h. Zustände von eigentümlicher geistiger Veranlagung mit triebartiger verbrecherischer oder irgendwie unsozialer Entäußerung, z. B. Kleptomanie oder Pyromanie oder Poriomanie (krankhafter Wandertrieb), Erotomanie usw. bei im übrigen normaler psychischer Beschaffenheit. Diese Auffassung ist verlassen worden, da die genauere Analyse erkennen lehrte, daß derartige abnorme Neigungen stets Teilerscheinungen psychischer Störung darstellen. Mit dem Krankheitsbild der Manie haben diese Monomanien somit nichts zu tun.

Die maniakalische Geistesstörung pflegt nach sechs- bis achtmonatlicher Dauer in *Genesung* auszulaufen. — Wir begegnen ebenso wie bei der Melancholie Krankheitsbildern der verschiedenartigsten Intensität, von denen *forensisch wichtig speziell die-*

jenigen Formen sind, in welchen die Symptome in mäßiger Stärke hervortreten, der Kranke relativ geordnet und orientiert ist, aufgeregt, wie trunken, erscheint. Man spricht dann von Hypomanie oder subakuter Manie.

In ausgeprägten Fällen leitet zum Stadium tobsüchtiger Erregung eine Zeit hinüber, in welcher der Erkrankende gegen seine sonstige Gewohnheit heiter, beweglich, vielgeschäftig, kordial ist. Dabei weiß er aber über Zeit, Ort, Umgebung usw. Bescheid und kann auch veranlaßt werden, in zusammenhängenden Worten Rede zu stehen. In manchen Fällen schließt sich an dieses Stadium unmittelbar, ohne daß es zu heftigen Erregungen mit Zerstörungsdrang und Gewalttätigkeiten von äußerster Heftigkeit kommt, der Übergang in Beruhigung und Genesung an.

Diese Fälle, welche oft gar nicht in die Anstalt gelangen, sind der Verkennung am meisten ausgesetzt. Die Freundschaftsbezeugungen der Kranken werden für Bonhommie genommen, alle Welt heißt sie wegen ihrer Lustigkeit willkommen und hat Spaß an ihren burschikosen Wendungen, ihrem spöttischen, sarkastischen Wesen, das vor niemandem Respekt kennt. Man profitiert gern von ihrer Freigebigkeit, folgt ihren Einladungen ins Wirtshaus. Oft genug gelten sie von Anfang an wegen ihrer sonderbaren Heiterkeit als Trunkene, und es wird vielleicht in der Vermutung, daß es sich um solche handelt, gegen sie eingeschritten, wenn sie singend ihre Straße ziehen.

Weibliche Personen beginnen in hypomanischen Zuständen zu zerstören, ihre Kleidung zu verschenken und unsinnige Einkäufe zu machen, arrangieren gegen sonstige Gewohnheit Feste daheim, werden anshäusig und betätigen oft ihren gesteigerten Erotismus durch Preisgabe ihrer Geschlechtsehre. So können Geschlechtskrankheiten erworben und in die Familie getragen werden.

Die Reizbarkeit der Hypomanischen, die keine Autorität anerkennen, veranlagt sie zum Delikt der Beleidigung, des Hausfriedensbruches, der Körperverletzung. In der Erregung werden gelegentlich Beamte beschimpft, Majestätsbeleidigungen ausgestoßen, oder der Kranke legt sich falsche Titel und Würden zu. Überschätzung seines finanziellen Könnens veranlaßt ihn zum Renommieren in Wirtschaften, er ladet alle Welt ein und steht hernach als Zechpreller und Betrüger da. Er kauft und bestellt über sein Können und beruft sich auf Referenzen, die ihn später ablehnen. Oder er übernimmt leichtsinnig Bürgschaften, denen er nicht gewachsen ist. Vorspiegelung falscher Tatsachen, Betrug, Kauf auf Borg ohne die Möglichkeit der Deckung sind spezifische Delikte des Maniacus. Bei den Einkäufen fällt meist sofort das Unsinnige des Tuns auf, da Dinge und Mengen gekauft werden, für die der Kranke überhaupt oder doch in dem gewählten Umfange gar keine Verwendung hat.

Zu beachten ist, daß Manische eventuell erst vor Gericht zu erscheinen haben wegen eines in krankhaft verändertem Geisteszustande begangenen Deliktes, wenn die Störung bereits abgeklungen ist. Der

Rekonvaleszent fällt dann vielleicht gar nicht mehr auf, und der Richter wird durch nichts in seinem Benehmen auf die Vermutung gebracht, daß die inkriminierte Handlung von einem Kranken ausgeführt wurde. — Nichts wirkt wohl überzeugender auf ihn, wie die Gegenüberstellung der Bilder des Kranken in seinen normalen Tagen und in den Phasen manischer Exaltation. Dort: ein ruhiger, dem Erwerb nachgehender, für die Seinen besorgter, verläßlicher Mensch, Beruf und Amt treu ausfüllend. Hier: ein lasziver, reizbarer, ausschweifender Besserwisser, verschwenderisch, haltlos, planlos vagierend usw. Noch überzeugender muß diese Gegenüberstellung kontrastierender Bilder wirken, wenn *wiederholt* manische Perioden im Leben sich nachweisen lassen. Oft werden Personen wechselnd von melancholischer und manischer Störung befallen. Zwischen zwei Anfällen von mehrmonatlicher Dauer können Jahre völliger geistiger Gesundheit liegen. Nicht selten werden die gesunden Intervalle indessen kürzer und kürzer, und es stellt sich ein dauernder psychischer Schwächezustand ein. — In die Krankheitsgruppe der Maniaci sind auch manche periodische Querulanten zu rechnen.

Der *praktische Arzt* ohne eingehende psychiatrische Fachkenntnis, dem es nicht möglich ist, den von ihm auf seine Anstaltsbedürftigkeit zu prüfenden Fall genauer zu beobachten, sollte die Diagnose einer Melancholie oder Manie nur *mit Reserve* stellen, da melancholische und manische Zustandsbilder in den Initialstadien zahlreicher Formen geistiger Störung beobachtet werden können mit minder guter Prognose, wie sie sonst den reinen Krankheitsbildern der Melancholie und Manie zukommt.

Mit der Fehldiagnose Melancholie oder Manie gelangen nicht selten auch die Vertreter jener eigentümlichen Psychose, die man als *Katatonie* bezeichnet, in die Anstalten. Die Störung kann von Anfang an jede Remission vermissen lassen und unmittelbar zum Blödsinn führen. Doch kommt auch Ausgang in Genesung zur Beobachtung. Ebenso häufig sind Wiederholungen der Anfälle mit definitivem Ausgang in Geistesschwäche mehr oder minder hohen Grades. — Der Umstand, daß das Krankheitsbild der Mehrzahl der praktischen Ärzte nicht hinreichend bekannt ist, rechtfertigt eine kurze Darstellung der Symptome an dieser Stelle.

Nach unbestimmtem *Vorstadium* nervöser Reizbarkeit, unbestimmten Sinnestäuschungen, hypochondrischer Stimmung, Erscheinungen, die manchmal auf körperliche Störungen, fieberhafte Allgemeinerkrankungen zurückzuführen scheinen, verfallen die Kranken in einen *Melancholie* vortäuschenden Zustand, oder es kommt eine *manische Erregung* zum Ausbruch. Beide sind aber etwas ganz anderes wie Melancholieen und Manieen. Wenn ein scheinbar melancholisches Bild die Störung einleitet, so handelt es sich um schwere *Hemmung*, um einen *Stupor* in Verbindung mit abnormen Muskelzuständen von eigenartiger Spannung, die der Störung den Namen beschert haben. Entweder sind die Muskeln *starr* bis zu dem Grade, daß jede passive Bewegung des Kranken unmöglich wird, oder es bestehen jene Zustände *wächserner* Biegsamkeit, die man als *Katalepsie* bezeichnet. Dabei ist das Bewußtsein oft durch massenhafte *Sinnestäuschungen* verändert. Diese

Zustände, deren Dauer bis zu Monaten, ja bis zu Jahren währen kann, welche der Pflege die äußersten Schwierigkeiten zu bereiten vermögen, können abgelöst werden von tobsüchtigen Erregungen, die für den Kundigen sich ebenfalls von denen des Maniakalischen unterscheiden. In der motorischen Unruhe, den sprachlichen Wendungen fällt eine Neigung zur Stereotypie, zur Wiederholung stets der gleichen Bewegungsreihen und sprachlichen Äußerungen auf. Interkurrent stellen sich oftmals vorübergehende Ruhezustände ein, in denen die Kranken relativ geordnete Antworten geben, sich als orientiert erweisen.

Auch in den Momenten der Erregung macht das Verhalten oft den Eindruck des planmäßig Gewollten in so hohem Grade, daß die Handlungen des Kranken förmlich wie überlegte Akte rein gewalttätiger Bestrebungen erscheinen. — In den Zwischenpausen macht sich oftmals jener eigentümliche Zug paralogischen Nebenherredens geltend, den man neuerdings in der Literatur wohl als „Gansersches Symptom“ bezeichnet findet, der aber von jeher auch den älteren Irrenärzten bekannt war: die Antworten lassen erkennen, daß der Sinn der Frage begriffen sein muß, aber sie sind falsch, verzerrt, bizarr, muten wie Spott an. Die einfache Rechenfrage wird spielerisch falsch gelöst, z. B. $2 \cdot 2 = 5$; Gegenstände von Eisen sind Holz, das Zwanzigmarkstück wird als Pfennig benannt und Ähnliches mehr. — Handelt es sich um notorisch Geisteskranke ohne forensische Verwicklungen, so wird jeder trotz solcher Antworten oder vielleicht gar wegen solcher Antworten sie für geisteskrank halten. — Wenn wir aber diesem Zug bei Objekten des Strafvollzuges neben brüsker Erregung und noch dazu bei relativer Klarheit begegnen, dann verkennt der mit dem Krankheitsbilde nicht Vertraute manchmal das Pathologische dieser Zustände.

Vorübergehende Stuporbilder und andrerseits paralogische Antworten erwecken dann leicht den Verdacht der Simulation, den Akte zähen negativistischen Widerstrebens dann vielleicht noch stärken. Aus den in den Verdacht der Simulation geratenen Sträflingen hebt sachverständige Sichtung nicht gerade selten Katatonen heraus, deren Widerstand man oft lange vergeblich durch Disziplinarmittel zu brechen suchte.

Da auch das sexuelle Moment bei Katatonen eine Rolle spielt, so begegnet man ihnen auch unter den Sittlichkeitsverbrechern.

Wer katatonische Anfälle durchgemacht hat, ist bezüglich der Zurechnungsfähigkeit weit vorsichtiger zu behandeln, wenn er gegen die Gesetze verstößt, wie der vorübergehend manisch oder melancholisch Gewesene. In der Mehrzahl der Fälle sind die von dieser Störung relativ Genesenen verschrobene, sonderbare Charaktere, voll Eigenheiten und Bizarrerien, es haftet ihnen etwas Automatenhaftes an, das im intimeren Zusammenleben anffällt.

Die Betrachtung aller dieser Formen transitorischer Geistesstörung lehrt also, um das scharf hervorzuheben, den Richter, daß die genaue Diagnose gar nicht immer so einfach ist; daß oft nur fachärztliche längere Beobachtung Klarheit schaffen kann; daß nach der Beobachtung des Augenblicksbildes die Diagnose sich nicht immer sofort stellen läßt, sondern daß die Anamnese eine gewichtige Rolle mitspielt. Wer dies erwägt, dem wird es verständlich sein, wenn bei der Konstatierung früher überstandener Geistesstörung in der Anamnese

strafrechtlicher Fälle der Arzt zunächst vielleicht sich sehr reserviert ausspricht.

Auch die Requisition des in einer Irrenanstalt über den in Frage kommenden Menschen geführten Krankenjournales wird ihm bei dem Versuch, die Natur, der überstandenen Störung klar zu stellen, oftmals nicht sofort aus der Verlegenheit helfen. Denn die *Krankengeschichten vieler Irrenanstalten* sind leider auch in der Gegenwart immer noch nichts andres, wie Aufzeichnungen über das Verhalten der Insassen gegen die Anstaltsdisziplin und lassen im Stich, wenn man Aufschluß über das Denken, Fühlen und Empfinden wünscht, wenn man die Form der sprachlichen Erregung genauer charakterisiert, ihren Inhalt analytisch behandelt haben möchte. Und die Diagnose, die man gab, entspringt nicht überall sorgsamer Abwägung der Gesamtsumme der Symptome, sondern oft dem von Augenblicksansichten beeinflußten Bestreben einer Einordnung des Falles in das Schema der *Reichsirrenstatistik*.

Freilich, muß man zur Entschuldigung hinzusetzen, liegt das oft genug am Ärztemangel und an dem Umstand, daß der junge Arzt *ohne psychiatrische Vorbildung* seine Tätigkeit begann und wesentlich auf *autodidaktische* Bewältigung der Materie angewiesen war.

IV. Die strafrechtlichen Beziehungen der Paranoiker.

Die mit dem Namen *Paranoia* bezeichnete Störung der Geistestätigkeit charakterisiert sich dadurch, daß bei jemandem sich unwiderleglich falsche Vorstellungen herausbilden, von denen keine Logik der Tatsachen ihn abzubringen vermag. Sie fixieren sich, durchsetzen den gesamten Vorstellungsinhalt, treten in den Vordergrund des Interessenkreises, beeinflussen die Auffassung des Erkrankten bezüglich seiner Umgebung und seiner Lebensverhältnisse und bestimmen ihn, seinen unzutreffenden Vorstellungen Einfluß auf sein Handeln zu gewähren. — Sinnestäuschungen können komplizierend hinzutreten.

Die Besonnenheit ist oft auch auf der Höhe der vollentwickelten Störung völlig gewahrt. Die Summe erworbener Kenntnisse und Fertigkeiten erfährt keine Einbuße, die Fähigkeit zum folgerichtigen Denken bleibt erhalten, soweit nicht auf einzelnen Gebieten der Wahn seinen Einfluß ausübt und den Gedankengang in falsche Bahnen drängt.

Die Krankheit ist chronisch, unheilbar, läßt aber die Lebensdauer unbeeinflußt. Sie verläuft in bald schnellerem, bald langsamerem Tempo zur geistigen Schwäche. *Ihre forensische Bedeutung ist eine erhebliche*, da ihre Träger infolge der erhaltenen Besonnenheit, des Fehlens von Defekten der Kenntnisse bei oft bestehender

Fähigkeit, einen Beruf auszufüllen, dem Laien ganz vernünftig erscheinen. Ihre Rede- und Schriftgewandtheit täuscht oft gerade eine besonders hohe Intelligenz und Energie vor und läßt sie wenn auch „verbohrt und in einseitigen Anschauungen befangen“, so doch keineswegs geistesgestört erscheinen.

Der *Beginn der Verrücktheit* (d. h. der Krankheit welche nach und nach den Standpunkt ihres Trägers zur Gesellschaft „verrückt“) ist ein schleichender. Zumeist kommen Personen des mittleren Lebensalters in Betracht. Oft wird lange vor dem deutlichen Ausbruch der Störung ein mißtrauisches, reizbares Wesen, Neigung zur Absonderung beobachtet. Sonderbare Gewohnheiten fallen oft auf: Neigung, hinter verschlossenen und besonders gesicherten Türen zu leben, Verhängen der Fenster, Vermummungen und Ausgang zu ungewöhnlichen Zeiten usw. So gelangt der Kranke oft zunächst in den Ruf des Sonderlings.

Im Beginn jener Form der Paranoia, in welcher es sich wesentlich um Herausbildung eines *Verfolgungswahns* handelt, zeigen sich *Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen.* Schon jetzt kann es zu Verwicklungen mit dem Kranken verdächtig erscheinenden Personen kommen. Er stellt vielleicht die nach seiner Vermutung ihm Übelwollenden, macht Vorhalt, beleidigt sie. Sie remonstrieren oder entfernen ihn unsanft, gehen eventuell gerichtlich gegen den Lästigen vor: ih mist damit ein weiterer Beweis ihrer Feindschaft erbracht. Seine Parteigänger verkennen den chronologischen Gang der Dinge und sind ebenfalls der Meinung, daß er der Angegriffene, nicht aber der Angreifer ist.

Werden bizarre, das Gepräge der Unmöglichkeit tragende Wahnideen geäußert (Verfolgung durch Freimaurer, Sozialdemokraten usw., Beziehungsideen anknüpfend an Zeitungsnachrichten, Behauptungen hoher Abkunft usw.), so pflegt auch der Blick des Laien bald der Sache auf den Grund zu dringen; ebenso, wenn Sinnestäuschungen bestehen (Stimmenhören, Erscheinungen von Geistern, heimliche Beeinflussungen durch Magnetismus und Elektrizität usw., kommen solche Personen in forensische Verwicklungen, so wird die Gefahr, daß sie verkannt werden, gering sein. Anders, *wenn der Wahn im Bereich der Möglichkeit liegt,* mit Überzeugungstreue und mit Unterstützung von Scheinbeweisen vorgetragen wird.

Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen festigen sich zur *Wahnvorstellung.* Wie weit der Paranoiker sich von ihr zum Handeln treiben läßt, hängt zum Teil von seinem ursprünglichen Naturell ab: impulsiv veranlagte Kranke — energische, affektvolle Draufgänger; bedächtige Naturen — passive Reaktion, Versuche sich dem imaginären Gegner durch Wohnungswechsel zu entziehen, ihn aus seiner Stellung zu bringen, um so seiner ledig zu werden. So erscheint der Paranoiker

manchmal als Vagant, der jahrelang unterwegs war, beständig seine Stellen aufgab ohne ersichtlichen äußeren Grund, oder als Quäler seiner Untergebenen (Paranoiker in leitenden Stellungen), oder als Hetzer gegen Mitarbeiter, die er durch Denunziationen zu verdrängen sucht.

Von *Wahnideen im Bereich der Möglichkeit* verdient zunächst Erwähnung die *Vergiftungsidee* bezw. die Wahnvorstellung, körperlich geschädigt, unheilbar krank zu sein. Manche der hierher zu rechnenden Kranken gelten lange als Hypochonder, Neurastheniker oder Hysteriker und stellen ein Kontingent zu den Insassen offener Kuranstalten, ohne daß sie bei den Ärzten als geisteskrank gelten. Es sind Fälle beobachtet, daß solche Kranke schließlich in ihrem Arzte einen Gegner vermuteten, der sie mutwillig geschädigt habe, und gegen ihn Gewalttätigkeiten begingen oder Entschädigungsklagen einreichten.

Die Behauptung eines noch unerkannten Paranoikers, daß er von jemandem vergiftet sei, kann scheinbar auf den ersten Blick einen realen Hintergrund haben, wenn es sich beispielsweise um zusammenlebende und miteinander vielleicht infolge paranoischer Beargwöhnungen zerfallene Personen handelt. Noch leichter kann ein Verdacht berechtigt erscheinen, wenn die Behauptung eines Giftmordversuchs vergesellschaftet mit der des ehelichen Treubruchs uns entgegentritt. Krankhafter Affekt erscheint dann als Ausdruck berechtigter Entrüstung. Der Vergiftungsversuch erscheint als Ausfluß des Bestrebens, einen betrogenen Ehegenossen aus dem Wege zu schaffen und so allem Weiteren sich zu entziehen.

Eifersuchtswahn, d. h. die krankhafte, auf Nichts oder doch auf nicht stichhaltige Beweise begründete Überzeugung von der ehelichen Untreue des Ehegenossen, ist eine sehr häufige Form der Paranoia. Er kann als *Teilerscheinung des chronischen Alkoholismus* beobachtet werden, kommt aber auch bei Personen vor, welche niemals Alkoholisten waren, bei Männern sowohl wie bei Frauen. Er kann sich auf Quälereien des beargwöhnten Gatten beschränken, um sich dann vielleicht in einem feindseligen Testament zu betätigen, führt aber auch gelegentlich zu den schwersten Gewalttaten (Gattenmord, Familienmord). Nicht selten veranlaßt er *Ehescheidungsklagen* mit ganz ungeheuerlichen Massenanschuldigungen. — Bisweilen erhält die Behauptung der ehelichen Untreue mit der Zeit einen realen Hintergrund dadurch, daß sich der beklagten Ehefrau Freunde der Familie annehmen. Aus einem anfänglich von den lautersten Motiven getragenen Schutzverhältnis können unter Umständen intimere Beziehungen erwachsen, so daß der klagende Gatte Recht zu haben scheint. Eventuell legt er auch von der zu Unrecht verdächtigten Ehegattin unter Gewaltandrohungen erpreßte, schriftliche Schuldbekenntnisse vor. — Typisch

für diese Fälle pflegt das Maßlose der Anschuldigungen, die Affektbetonung zu sein, die Eifersuchtsidee hat alle anderen Lebensinteressen überwuchert, wird mit äußerster Konsequenz einsichtslos verfochten. (Anzweifeln der Legitimität der eigenen Kinder, Verlangen der Namensänderung in den standesamtlichen Listen usw.) Weiter muß dem Richter sofort auffallen, daß die Wahnvorstellung erst in einem bestimmten Lebensabschnitt auftauchte und im Laufe der Zeit dann zu einer völligen Veränderung der Persönlichkeit führte.

Eine weitere wichtige Sonderform der Paranoia im Bereiche der Möglichkeit stellt der Querulantenwahn, die querulierende Verrücktheit dar.

Einem Pseudoquerulantentum begegnet man auch bei angeboren Schwachsinnigen, Degenerierten, Psychopathen, also bei Personen mit Geisteszuständen, welchen der Zug der Rechthaberei eigen ist. Das echte, folgerichtig bis in seine letzten Konsequenzen durchgeführte Querulantentum ist eine Domäne des Paranoikers.

Wenn man von Querulantentum spricht, so ist zunächst mit allem Nachdruck zu betonen, daß Querulieren, rechthaberisches Prozeßführen, an sich nichts Pathologisches ist. Eine große Zahl Menschen gibt es, die auf Grund eines einseitig scharf entwickelten Rechtsbewußtseins und leichter Reizbarkeit stets geneigt sind, bei Verwicklungen die Gerichte anzurufen, von Instanz zu Instanz zu gehen, weil sie ein Urteil nicht anerkennen wollen, alle Rechtsmittel zu erschöpfen, ehe sie sich zufrieden geben. Ihre Zahl ist so schon groß, sie würde wohl noch größer sein, wenn das Verlangen mancher Kreise nach kostenloser Rechtspflege anerkannt würde.

Aber am Ende fügen sich diese Leute auf Grund der Erwägung, daß ein weiterer Kampf rechtlich unmöglich ist. — Oft genug mag eine gewisse Animosität fortbestehen, und nicht eben selten wird angeblichen Mängeln der Vertretung die Schuld der Niederlage beigemessen, auch wohl von Parteilichkeit des Gerichtes im Unmut gesprochen. Wer verdenkt es dem Manne von niederer Bildungsstufe, wenn er sich über die Achsel angesehen glaubt und über den ganzen Juristenstand dann schimpft. Trotz dieser kleinen Unsachlichkeit wird er doch in der Person des entscheidenden Richters nur die Verkörperung der rechtsprechenden Behörde, nicht einen persönlichen Feind sehen. Nach dem Urteil der letzten Instanz wird er sich in die dadurch geschaffene Rechtslage fügen und die Kosten murrend tragen. Die erlittene Niederlage wird verschmerzt, die Erinnerung verblaßt und neue Interessen beherrschen die Lebensführung.

Anders der querulierende Paranoiker: Rechtliche Beeinträchtigungsvorstellungen, die Idee, stets und ständig absichtlich benachteiligt zu werden, wachsen langsam bei ihm aus, werden unwiderleglich fixiert, treten in den Mittelpunkt aller seiner Erwägungen, drängen alle anderen Interessen im Laufe der Jahre in den Hintergrund und gewinnen eine solche Herrschaft über den Kranken, eine zwingende Gewalt von solcher Stärke, daß er nur noch dem Wahne lebt und in skrupelloser Verfechtung seiner behaupteten Rechte aufgeht. Alle Nachteile, die er erleidet, gelten ihm nicht als Folge ihm ungünstiger forensischer Konstellationen, sondern als Resultat gegnerischer Bestrebungen. Die Empfindung für sachliches Erwägen und sachliches Handeln geht bei ihm unter, an ihre Stelle tritt eine Auffassung, welche

überall persönliche Invektive und Mißgunst wittert oder von ihrem Vorhandensein überzeugt ist. Wer nicht für ihn ist, der ist seiner Ansicht nach wider ihn. Ihm wird sein Recht nach seiner Meinung vorenthalten. Warum soll er sich innerhalb der Grenzen gesetzlicher Ordnung halten. Dann hat auch er keinen Grund, sie zu respektieren. Damit ist der Rechtsbruch da.

Den Ausgangspunkt aller Verwicklungen, zu denen der querulierende Paranoiker im Laufe der Jahre gelangt, stellt fast immer eine Niederlage vor Gericht dar, die der Kranke einmal erleiden mußte. Er beruhigt sich nicht beim Urteil und geht unter Wahrung des vorgeschriebenen Weges in die zweite Instanz; vielleicht gegen den Rat seines Anwalts. Er unterliegt wieder. „Natürlich, was Wunder, wenn der Anwalt von Anfang an die Flinte gleich ins Korn werfen wollte!“ Er nimmt sich einen andren. Wieder bleibt der Erfolg aus. Er wird vielleicht gar heftig vor Gericht, wird energisch in die Schranke zurückverwiesen, nun keimt in ihm der Verdacht: Man will ihn nur nicht durchkommen lassen mit seinen Rechtsansprüchen. Natürlich, gestern sah er noch den Richter erster Instanz mit dem der zweiten. Sie lachten! Es klang, als sprächen sie von seinem Anwalt! Auch der war so eigentümlich kurz und unfreundlich. Nun da kann man sich ja einen andren nehmen oder besser noch, man nimmt selbst einmal Einblick in die Gesetzesvorschriften. Vielleicht hat der gesunde Menschenverstand mehr Erfolg wie die Weisheit der Juristen. — So geht es weiter von Stufe zu Stufe, von Prozeß zu Prozeß, ohne Rücksicht auf Kosten, unter Vernachlässigung von Beruf und Geschäft. Eingaben über Eingaben gehen an die Gerichte, Beweisantrag über Beweisantrag. Man refüsiert ihn. Wie, man will seine Zeugen nicht vernehmen, die doch von eminenter Wichtigkeit sind? Man will ihm den Mund verbieten? Und das soll ein Rechtsstaat sein? Das sind ja russische Zustände! Haben denn Richter und Staatsanwälte kein Gewissen? Und das können sie mit ihrem Dienstei vereinigen? Da ist es doch Zeit, daß man einmal rechtlich denkende Männer um sich vereinigt, daß man dem Parlament Aufklärung bringt, welche Dinge sich hinter den Kulissen abspielen, daß man einmal dem Landesfürsten zeigt, was er von seinen Beamten, die in seinem Namen das Recht sprechen und sich nicht entblöden, es zu beugen, zu halten hat.

Der Gebildete schreibt eine Broschüre mit prägnantem Titel, ev. im Selbstverlage des Verfassers, versendet sie an die Presse, Personen von Bedeutung. Der Ungebildete diktiert dem Winkeladvokaten seine Klagen in die Feder oder zeichnet sie, so gut es geht, unter Ausfällen auf die Behörden, Berufung auf mißverstandene Rechtsbestimmungen auf, und wenn auch das vergeblich war, so zieht er die letzten Konsequenzen, schießt vielleicht auf den „parteiischen“ Richter, beleidigt den Landesfürsten, „bei dem auch der Sinn für das Recht zu fehlen scheint“, oder er nimmt widerrechtlich in Besitz, um was er vergeblich im Prozeßweg gekämpft hat, und legt den Revolver an auf den, der ihn daraus vertreiben will.

Allen Zügen, welche charakteristisch sind für den Paranoiker überhaupt, begegnen wir auch beim typischen Querulanten. Die Idee, rechtlich unterdrückt zu werden, wurzelt unwiderleglich mit der Zähigkeit der Wahnvorstellung, der Kranke ist unbelehrbar, überall trifft man, wenn man nur tiefer eindringt in seinen Gedankenkreis, auf Beziehungsideen, sein Selbstgefühl ist ein krankhaft gesteigertes, im Affekt versagt die Selbstzügelung sofort, der Vorstellungskreis wird nach und nach

ein außerordentlich dürftiger, der Kranke lebt nur noch seinem Wahn und deutet die zunehmende geistige Schwäche dadurch an, daß er nicht abläßt von seinen Schreibereien und Bemühungen, obwohl er sieht, daß er gegen Windmühlen ficht und hilflos dasteht. Oft mengt sich (stets ein Zeichen zunehmender geistiger Schwäche) eine *Andeutung von Größenwahn* den kranken Vorstellungen bei. Der Kranke beansprucht für alle Nachteile, die er erlitten hat, *Entschädigungen von exorbitanter Höhe*. Er glaubt, in seinem Fall einen ganz besonders *klassischen* sehen zu dürfen, an dessen Durchfechtung *alle* rechtlich denkenden Menschen ein ganz besonderes Interesse haben müssen u. dgl. m.

In solchen Fällen wird gegenwärtig die Diagnose wohl noch kaum mehr angezweifelt, wenn der krankhafte Prozeß *schon ein paar Jahre* gedauert hat. Das Verhalten gegen den mit der Begutachtung beauftragten Arzt setzt dann zumeist der Unsachlichkeit die Krone auf. *Anders aber im Anfang der querulierenden Verrücktheit.* Da ist schon oftmals ein Fehlurteil abgegeben worden. Und doch sollte es sofort stutzig machen, wenn man beobacht, wie jemand *nach einem bisher friedfertig verbrachten Leben* nun mit einem Male ein ganz anderer wird, sich nicht beruhigt, mit dem Kopfe durch die Wand will. — Aber auch ausgeprägte Fälle bringen es manchmal fertig, zumal wenn es sich um gute Dialektiker handelt, Prozesse einzuleiten, die dem Staat immense Kosten machen und die sich vermeiden ließen, wenn man zunächst einmal die *Frage der Prozeßfähigkeit* prüfte. Der letzte Sommer hat noch einen derartigen Monstreprozeß in Düsseldorf sich abspielen sehen.

Wenn Paranoiker mit Wahnideen im Bereiche der Möglichkeit in gerichtliche Verwicklungen geraten, so muß in der Mehrzahl der Fälle damit gerechnet werden, daß hinter dem Kranken noch *Personen* stehen, die zu seiner Fahne schwören und seine Ideen mit vertreten. In völliger Verkennung des Kausalzusammenhanges sind solche Freunde stets geneigt, in dem Kranken ein Opfer der Verhältnisse zu sehen und sich für ihn ins Zeug zu werfen, oft aus *ehrlicher Überzeugung*, nicht selten leider auch aus dem minder lauteren Motiv der *Schadenfreude* und *Lust an jeglicher Opposition* gegen die Behörden. So begegnen wir denn immer wieder Leuten, die geneigt sind, dem Paranoiker zu attestieren, daß er ganz gesund ist, daß sie nie Krankhaftes an ihm bemerkten. Selbst Ärzte sündigen in dieser Beziehung noch. Ja, es kommt nicht selten so weit, daß sich Parteien bilden für und wider den Kranken. Wir haben in Hessen noch vor nicht allzulanger Zeit den Fall erlebt, daß *ein großes Dorf* förmlich in zwei Lager gespalten war, deren eines in Petitionen mit Hunderten von Unterschriften für zwei höchst gemeingefährliche Paranoiker eintrat, bis ein Totschlag des einen endlich alle zur *besseren Einsicht* brachte. Parteinahme für Paranoiker gegen die Behörden hat schon oft auf das schwerste die staatliche Ordnung gestört, wofür als Beispiel nur jener religiöse Paranoiker *Lazaretti* genannt werden möge, der 1878 ganz Oberitalien in Aufregung brachte, ehe er im Handgemenge mit der Polizei fiel.

Fast stets influenzieren Paranoiker, wenn sie denn auch nicht immer Fernerstehenden gegenüber dazu imstande sind, so doch nahe Angehörige. Und so sind Fälle von *Familienparanoia*, in denen alle auf dieselbe falsche Anschauung schwören, gar nicht selten. Diese Beeinflussung kann eine *bloß transitorische* sein, und nach der Ausscheidung des kranken Elementes kehren die andren zur objektiveren Auffassung der Dinge zurück. Sie kann aber auch so starke Grade annehmen, daß alle den gleichen Typus repräsentieren und auch nach einer Trennung gänzlich unverändert bleiben. In einem meiner Fälle handelte es sich um drei Brüder, die jahrelang den Behörden aufs äußerste zu schaffen machten. In jenem erst erwähnten, in Rheinhessen sich abspielenden um einen Vater und drei Kinder.

Oft würde es dem Paranoiker weniger leicht sein, Propaganda zu machen, wenn seine Gefolgschaft nur hinter die Kulissen sehen könnte. Aber sorgsam hütet er sich, sich ganz zu geben, wie er ist, und verheimlicht, *dissimuliert* einen Teil seiner falschen Vorstellungen und zwar gerade die *prägnantesten*. Dinge, die er behauptet hat, von denen er auch überzeugt ist, werden rundweg in Abrede gestellt, zumal von jenen Paranoikern, denen eine gewisse Fähigkeit der Selbstbeherrschung und Dialektik geblieben ist, und die scharf genug Acht geben auf die Dinge, auf welche es ankommt.

Die *Dissimulation des Paranoikers vor dem Forum* kann speziell infolge seiner Erwägungen: „*lieber eine Freiheitsstrafe und als gesund gelten, wie dauernde Internierung in der Irrenanstalt*" — so weit gehen, daß er die wahnhaften Motive einer kriminellen Handlung verschweigt und alle Zweifel an seiner geistigen Gesundheit hinweg disputiert. Nur sorgfältigste Erwägung aller Gesichtspunkte, kritische Sichtung aller Einzelheiten des Vorlebens der Persönlichkeit kann dann manchmal zur korrekten Auffassung führen. — Weiter veranlaßt zur Dissimulation bisweilen der Wunsch, Aufhebung einer Entmündigung zu erzielen.

Leichter wird es stets im Forum sein, die an Größenwahn und halluzinatorischer Verrücktheit leidenden Personen bezüglich ihrer strafrechtlichen Verantwortlichkeit richtig einzuschätzen. Immerhin kann aber auch hier die äußere Besonnenheit eine so große sein, daß man im oberflächlichen Verkehr den Kranken nichts Pathologisches anmerkt.

Am *Erfinderwahn* leidende Paranoiker betören oft eine Anzahl Gläubige und reißen ihnen den Sparpfennig aus der Tasche. *Religiöse Paranoiker* richten Unheil in einer faszinierten Gefolgschaft an, welche ihren auf Halluzinationen beruhenden Prätentionen Vorschub leistet. Auch *paranoische Kronprätendenten* können lange unerkannt bleiben und Leichtgläubige in finanzielle Not bringen. — Frühzeitig pflegen diejenigen Paranoiker aufzufallen, bei denen alle Sinne halluzinieren. Gelegentlich können aber auch Sinnestäuschungen sich auf Dinge beziehen, die im Bereiche der Möglichkeit liegen, so daß es den Anschein hat, als ob anklagende Behauptungen des Paranoikers auf reale Beobachtungen zurückgeführt werden müßten. Klagen wegen angeblicher Beschimpfung.

Die Art der Kriminalität bei der Paranoia ist nach dem Gesagten eine außerordentlich variable. In erster Linie kommt zwar der *An*-

griff auf die Person, vorsätzliche und überlegte Tötung mit wahnhaftem Motiv (sei es als Racheakt, sei es als Abwehrhandlung gegen imaginäre Feinde, sei es als Ausfluß krankhafter religiöser Ekstase) in Frage. Doch kann auch manche andere Form strafrechtlicher Verwicklung auf paranoische Motive zurückzuführen sein. So kann ein Sittlichkeitsverbrechen einer Wahnidee entspringen (halluzinatorische Einflüsse bestimmten den Kranken, mit einer Minderjährigen einen Erlöser zu zeugen), oder ein Betrug (der Kranke bestellte einen Geldschrank, um darin erwartete Millionen zu verwahren), ein Kautionsschwindel (der Kranke suchte Gelder, welche ihm die Durchführung einer besonderen Mission ermöglichen sollten), ein Vergehen gegen den Personenstand (der Kranke gab sein Alter falsch an, da er sich für ein wesentlich älteres, untergeschobenes Kind hielt) usw. Ich kannte einen Paranoiker, der aus Weltbeglückungsideen falsches Geld münzte und verschenkte, ohne bei seinem Tun Vorteile zu haben.

Sehr oft kann man somit leicht nachweisen, daß die kriminelle Handlung eines Paranoischen, obwohl sie scheinbar außerhalb des Kreises seiner wahnhaft verfälschten Vorstellungen steht, doch in letzter Linie innige Beziehungen zu ihnen besitzt. Und wenn das auch nicht stets so leicht ist, wie in den ebenerwähnten Fällen, so gelingt es doch fast immer sorgsamer Sichtung, einen indirekten Zusammenhang zu finden. Der vagierende Paranoiker, der in der Bedrängnis zum Dieb wird, begeht doch das Eigentumsdelikt in letzter Linie, weil ihn die Verwicklungen, in welche eine paranoische Stellungnahme zu seinen Kreisen ihn brachte, aus der Bahn geordneter Tätigkeit warfen. — So erklären sich aus den durch die Krankheit herbeigeführten Situationen dann meist mühelos auch die strafrechtlichen Verwicklungen, selbst wenn es zunächst den Anschein hatte, als ob die Tat ganz außer Beziehungen zum Wahnsystem stehe. Damit schrumpfen die Fälle, in denen man geneigt sein könnte, der Lehre von einer partiellen Zurechnungsfähigkeit Konzessionen zu machen, auf ein Minimum zusammen. Auch bei Handlungen, in denen es nicht gelingt, einen direkten oder indirekten Zusammenhang mit dem Wahnsystem nachzuweisen, spielt oft in letzter Linie paranoische Logik eine Rolle. Um gegen sich strafrechtliche Verfolgung zu provozieren, begeht gelegentlich der Paranoiker ein Delikt, wenn er sich am Ende seiner Abwehrbestrebungen sieht und vor der Gewalttat schwerster Art zurückscheut. Das ist speziell beim Querulanten, dem es nicht gelingen will, die Gerichte zur Wiederaufnahme seiner Prozesse zu bewegen, gelegentlich der Fall. Er will nur in die Lage kommen, coram publico dem Richter gegenüberzustehen, um dann frei von der Leber weg sprechen zu können. Der Zweck heiligt ihm das Mittel, und so begeht er vielleicht

gar etwas, was man nach seiner ganzen inneren Veranlagung und sonstigen Ehrenhaftigkeit kaum von ihm erwarten durfte. Wer von dem Gedanken der partiellen Zurechnungsfähigkeit sich noch nicht recht frei machen kann, dem sei noch gesagt, daß die Handlungen, welche Paranoiker in strafrechtliche Verwicklungen bringen, nach unsren Erfahrungen mit verschwindenden Ausnahmen direkt aus Wahnideen entspringen. In einer ganzen Reihe von Fällen, die ich in den letzten Jahren begutachtete, in denen es sich um Mord, Mordversuch, schwere Körperverletzung handelte, gab die Wahnvorstellung stets unmittelbar das Motiv zur Tat ab.

Es erübrigt noch, kurz eigentümlicher „pseudoparanoischer“ Zustände zu gedenken. Es gibt Krankheitsbilder (stets handelt es sich um Hereditarier, Neurotiker, dem Grenzgebiet Angehörende) mit paranoischem Gepräge von so ausgesprochener Färbung, daß man zunächst versucht ist, an echte unheilbare Paranoia zu denken. Doch zeigt der Verlauf, daß die paranoischen Züge später korrigiert werden, ganz verschwinden und besserer Einsicht Platz machen. In einem Strafverfahren kann man sich somit gelegentlich einer Person gegenüber sehen, die in einer bestimmten Phase des Vorlebens wie ein Verfolgungswahnsinniger oder am Größendelir Leidender sich ausnimmt und deswegen dann von der Verteidigung als Paranoiker für den § 51 reklamiert wird.

In einem meiner Fälle handelte es sich um einen wegen Raubes Verurteilten, der im Strafvollzug unter paranoischem Bilde erkrankte (Furcht vor heimlichem Beiseiteschaffen; Behauptung, die vom Kaiser eingetroffene Begnadigung sei unterschlagen, hochstehende Personen hätten sich für ihn verwendet. Festhalten an diesen Ideen länger als ein Jahr). Man tat ihn nach Moabit in die Irrenabteilung, dann als dauernd geisteskrank in eine Irrenanstalt. Hier entwich er, lebte ein halbes Jahr unter falschem Namen. Dann Anteilnahme an einem Einbruch. Abermals paranoische Züge und Anstaltsunterbringung. Nach drei Jahren Entlassung aus dieser nach Aufhebung der Entmündigung. Abermaliger Einbruchsversuch mit daran anschließender Beobachtung gemäß § 81. Kein paranoischer Zug nachweisbar. Verurteilung zu fünf Jahren Zuchthaus, die jetzt verbüßt werden, ohne daß sich etwas Paranoisches gezeigt hätte.

Ein zweiter Fall betrifft einen Sittlichkeitsverbrecher und ist ausführlich in dieser Zeitschrift (S. 575 ff.) beschrieben worden.

Ein dritter betraf einen Degenerierten, der vor einem halben Jahr wegen Totschlag (Erschießen seiner Braut, Verzweiflungstat) zu zwei Jahren Gefängnis verurteilt wurde. Der von jeher exzentrische, reizbare Mensch, der in der Untersuchungshaft einen transitorischen Erregungszustand durchmachte, bot in seinem Vorleben eine Phase, in der er sich wie ein paranoischer Querulant gegeben hatte. Er beleidigte eine Frau, mit der er in intimen Beziehungen gestanden hatte, wurde verklagt, unterlag im Prozeß, suchte dann immer intensiver „sein Recht“, gab den Richtern und Anwälten Parteilichkeit schuld, verfaßte eine Unzahl mit Beziehungsideen angefüllter Eingaben, um dann schließlich klein beizugeben.

Wir werden angesichts solcher Fälle nie zu voreilig im Sinne der Annahme einer Paranoia entscheiden dürfen und daran denken müssen, daß man speziell bei einsichtsarmen Menschen oft mit starkem

Affekt betonten, falschen Vorstellungen über ihre Mitmenschen, dauernden Animositäten begegnen, welche nicht wegzudisputieren sind, von Wahnideen sich aber dadurch wesentlich unterscheiden, daß sie nicht den zwingenden Einfluß auf die gesamte Lebensanschauung und Lebensführung gewinnen, welchen die Wahnidee des echten Paranoikers sonst erfahrungsgemäß anszuüben pflegt.

Keine Gruppe von Geisteskranken hat von jeher dem Irrenarzte in Bezug auf die Schätzung seines Wirkens beim Publikum mehr geschadet, wie die der Paranoiker, keine hat die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit oft mehr in Anspruch genommen und intensiver die Psychiatrie *diskreditiert*, wie sie. Gegen niemand sollte darum bei einer *Internierung vorsichtiger* verfahren werden, wie gegen *besonnene Paranoiker*. Das sollte der Arzt, *auch der beamtete*, stets in Erinnerung haben, welcher der Familie die Verbringung in eine Anstalt vorschlagen zu müssen glaubt, nachdem ihm Dinge von dem Kranken berichtet wurden, die nicht immer von subjektiver Färbung frei sind. Es sind mir Fälle erinnerlich, in denen Paranoiker vom Arzt im Attest als anstaltsbedürftig bezeichnet wurden, worauf dann die Angehörigen unter Lug und Trug sie zur Anstalt führten. Mir hat ein Arzt einen Paranoischen geknebelt und gebunden, als Büttel der Familie, selbst ins Haus gebracht. Das ist immerhin noch offener gehandelt, wie in einem anderen, in dem ein Kollege sich nach der Zuführung der völlig ruhigen und vertrauensseligen Kranken lächelnd äußerte: „Die meint nun, sie sei in der Frauenklinik. Nur unter der Vorspiegelung habe ich sie zur Mitreise bewegen können.“

Wenn wir bei der großen Mehrzahl unsrer Kranken auf eine *Sicherung des Aufnahmeverfahrens* verzichten können, weil sie deutlich die Zeichen schwerer Erkrankung tragen und in indifferenter Fügsamkeit in uns nicht Freiheitsräuber sehen, sondern fürsorgende Ärzte, vorausgesetzt daß sie überhaupt soweit denken können, *hier* bedürfen wir bestimmter Kautelen, auf die wir hinweisen können, wenn der Unverstand uns etwas am Zeuge flicken will, als hätten wir ein Vergnügen daran, die Türe nach draußen Leuten zu verschließen, die der Anstalt nicht bedürfen.

Dem Paranoiker gegenüber ist Offenheit am Platze, auch in Bezug auf die Motive seiner Internierung, und das Votum der Anstaltsbedürftigkeit sollte stets nur auf Grund gravierender, eindeutiger *behördlicher* Feststellungen gefällt werden. Ebenso gebührt es sich, das bei allen *Entlassungsversuchen Paranoischer*, die stets nur das Endresultat sorgfältiger Erwägungen sein dürfen, *behördliche Organe mitwirken* und einen Teil der Verantwortlichkeit übernehmen, oder den Arzt decken, wenn gewichtige Bedenken der Entlassung entgegenstehen. In wenigen,

prägnant zugeschnittenen Bestimmungen läßt sich in jedem Regulativ, wie es in dem unsrigen geschehen ist, den Spezialerfordernissen dieser Patienten Rechnung tragen. Das ist besser, als daß um der wenigen hier in Betracht kommenden Fälle willen das Aufnahmeverfahren psychiatrischer Anstalten *erschwert* und zu einem langwierigen gemacht wird zum Nachteile so vieler, die der Anstaltspflege dringend bedürfen.

V. Die Simulation der Geistesstörung.

Der Auffassung, daß psychiatrische Ärzte in forensischen Fällen allzu geneigt sind, sich im *Sinne geistiger Störung* zu entscheiden, begegnet man wohl ebenso häufig, wie der Meinung, daß es nicht gar zu selten dem Arzt passiere, von Kriminellen *getäuscht* zu werden. Der Laie hat so oft Gelegenheit, zu lesen, daß dieser und jener wegen Geistesstörung Exkulpirte nach einiger Zeit da und dort aus der Anstalt entwich, monatelang sich geordnet irgendwo aufhielt, bis ein Zufall ihn finden ließ. Da kann es nicht wundernehmen, wenn er fragt: War denn das überhaupt ein Geisteskranker? Kann da nicht den Ärzten das Bild geistiger Störung bloß *vorgemacht* sein? — Und auch der Jurist, den es immer danach verlangt, eine klare, scharfe Diagnose von uns zu erfahren, wird bei manchen verwaschenen Krankheitsbildern ebenfalls wohl einmal stutzig, ob denn nicht doch das Bestreben eines Angeschuldigten, sich allen Weiterungen zu entziehen, sein Verhalten in der Irrenanstalt, in die er vielleicht zum Beobachtungszweck gelangte, in etwas allzu starker Weise beeinflußt haben möchte. So ist denn die Frage der *Simulation geistiger Störung* immer noch eine aktuelle, und es ist wohl angebracht, an dieser Stelle ihr eine kurze Betrachtung zu widmen.

Wenn man vom Standpunkt des Psychopathologen die Frage einer Prüfung unterziehen will, in welchem Umfang die Simulation geistiger Störung vorkommt, welche Bedeutung ihr beizumessen ist, so muß man sich zunächst darüber klar werden, was man unter dem Begriff *Simulation* verstehen will. — Genau genommen ist nur der ein *Simulant*, der bei völliger geistiger Gesundheit mit der Absicht der Täuschung das Verhalten eines Kranken zu kopieren sucht. Im weiteren fällt aber auch das Gebaren desjenigen unter den Begriff der Simulation, dessen Geisteszustand an sich schon kein normaler ist und der noch überdies Symptome vorzutäuschen sucht, deren Realität bestimmen müßte, ihn anders einzuschätzen bzw. ihn für *kränker* einzuschätzen, wie man es in Anschauung seiner Grundverfassung tun würde.

Reine Simulation, Simulation bei völliger geistiger Gesundheit, ist, darin sind alle Irrenärzte sich einig, selten. Simulation auf

der Basis psychischer Abnormität oder auch auf der Basis direkt krankhafter Beschaffenheit ist dagegen relativ häufig, wenn auch lange nicht so häufig, wie gemeiniglich auf *juristischer Seite* vermutet wird.

Sicher wird mancher, der früher für einen Simulanten gehalten sein würde, heute auf Grund unsrer besseren Kenntnisse psychopathologischer Zustände anders und zutreffender beurteilt. Der kritische Geist der Gegenwart läßt sich nicht so leicht täuschen, wie die Diagnostik früherer Zeiten. Der Satz des Paulus Zacchias, daß keine Krankheit leichter nachzuahmen sei, wie der Wahnsinn, stimmt nicht mehr in unsrer Zeit.

Die Gründe, aus denen *Veranlassung* genommen werden kann, *zu simulieren*, sind naheliegende: der Wunsch, den Gang eines Strafverfahrens dadurch zu beeinflussen oder aus der Straf- in die Irrenanstalt versetzt zu werden mit der Nebenabsicht der Entweichung.

In den Lehrbüchern der Psychiatrie ist die *Simulationsfrage* nur kurz gestreift. Reicheres Material liefert die *Kasuistik*, doch sind kasuistische Mitteilungen oft stark von subjektivem Ermessen beeinflußt, und die Katamnese, welche allein endgültige Klärung bringen kann, wird häufig vermißt.

In den Lehrbüchern heißt es oft, es lasse sich von der Simulation die große Mehrzahl der dazu geneigten Personen doch schließlich abhalten, da es ihnen schimpflich erscheine, als Geisteskranke zu gelten. Das kann man mit einem Fragezeichen versehen.

Auch die Behauptung, daß Furcht vor der Irrenanstalt davon zurückschrecke, und daß lieber das Gefängnis gewählt werde, wie der Aufenthalt unter Geisteskranken, ist nicht stichhaltig. Die Kreise, aus denen sich die Simulanten in erster Linie rekrutieren, haben von den Einrichtungen der modernen Anstalten meist eine bessere Meinung, wie sie dem großen Publikum geläufig ist. — Genossen in der Arbeit oder auch im Verbrechen, die vielleicht wegen transitorischer Störungen darin interniert waren, Delirium tremens darin durchmachten, berichten manchem, wie human es darin zugeht. Und so mancher defekte Mensch findet noch dazu im *Gerichtssaal* Gelegenheit, sich über psychiatrische Dinge zu informieren, sei es, daß er unter den Zuhörern ist, sei es, daß er von der Anklagebank aus den Erörterungen des Sachverständigen über seine psychische Beschaffenheit reden hört, was ja leider die Prozeßordnung zuläßt. Der Sachverständige bespricht vielleicht sogar die Möglichkeit transitorischer Störungen während eines Strafvollzuges und kann damit geradezu Anleitung zu Simulationsversuchen geben.

Ein Moment, das eher im Sinne der Unterlassung wirkt, ist die *Unkenntnis der Symptome geistiger* Störung, die ja in allen Kreisen noch immer besteht. Die Menge weiß nichts davon, daß im Wahnsinn auch Methode ist (um mit *Hamlet* zu reden), daß es scharf umschriebene psychiatrische Krankheitsbilder gibt, daß auch der Geisteskranke oftmals folgerichtig handelt und keineswegs sich immer durch Unruhe, sinnloses Reden, Größenwahn, Desorientiertheit usw. auszuzeichnen braucht. Das Gefühl der *Unfähigkeit* zur Durchführung

der Rolle, die Unklarheit darüber, welchen Weg man denn überhaupt zu wählen habe, um den Geistesgestörten zu markieren, läßt darum die Neigung oft schon im Keime ersticken. Oder dem Simulanten kommt seine Ohnmacht schon in Kürze zum Bewußtsein, und eine energische Behandlung seitens der ja stets zur Annahme der Täuschung gern bereiten Gefängnisbeamten tut das übrige, um vernünftigen Erwägungen zum Durchbruch zu helfen.

Simulationsversuche von kurzer Dauer sollen in Strafanstalten keine Seltenheiten sein. Freilich sollten sie dort, zumal wenn sie sich wiederholen, stets bestimmen, die ganze Persönlichkeit sorgsam zu prüfen, ob nicht doch ein Grundleiden besteht, das durch Simulation kompliziert wird.

Schon in der Zeit, als die Lehre von der Epilepsie noch nicht ausgebaut war, als das Bild der Paralyse noch unbekannt war, wurde von irrenärztlicher Seite die Beobachtung darauf gerichtet, ob nicht etwa das der Simulation verdächtige Bild die innere Folgerichtigkeit vermissen lasse.

Die Wichtigkeit dieses Momentes hatte schon Chiarugi beispielsweise erfaßt, der Ende des 18. Jahrhunderts in Florenz wirkte. In einem Anhange seines Buches über den Wahnsinn wies er schon auf die Wichtigkeit der Physiognomik hin, auf die Eigenart des Blickes Geisteskranker, auf die Notwendigkeit der Beachtung des Pulses, der körperlichen Begleiterscheinungen, der Indifferenz vieler Geisteskranker gegen Kälte, die Störungen der Allgemeingefühle u. dgl. — Er empfahl sogar schon eine Art Diagnosis ex juvantibus, betonend, daß bei Geisteskranken manche Mittel erst in größeren Dosen wirken, wie bei Gesunden. Er hatte dabei Emetika im Sinne. Für uns gilt gleiches in Bezug auf Narkotika, die ja so oft bei Geisteskranken in Dosen versagen, welche den Simulanten sofort außer Aktion setzen.

Disponieren wir die Möglichkeiten der Simulation, so können wir gruppieren in indirekte, mittelbare Simulation, d. h. Vorschützen eines Zustandes geistiger Störung für einen früheren Zeitpunkt, in welchen die inkriminierte Handlung fällt, und in direkte, unmittelbare Simulation. Außerdem kann man noch unterscheiden: Simulation auf rein krimineller Veranlagung (Personen ohne psychische Anomalien) und Simulation auf der Basis abnormer, psychopathischer Beschaffenheit. Doch dürfen letztere keineswegs ausnahmslos dem Strafrecht entzogen werden.

Das einfachste Bild, in der uns die Simulation entgegentritt, ist das der Behauptung der Amnesie für eine strafbare Handlung, d. h. einer Erinnerungslosigkeit, wie sie erfahrungsmäßig bei epileptischen Handlungen vorkommen kann. Es wird gelegentlich versucht, der Behauptung Nachdruck zu verleihen durch Vertäuschung eines epileptischen Anfalles. Unmöglich kann die Behauptung der Erinnerungslosigkeit an sich allein den Richter im Einzelfalle bestimmen, eine Begutachtung zu veranlassen. Nur dann darf er sie veranlassen, wenn hereditäre Veranlagung besteht, wenn die Tat auffällig ist durch Motiv-

losigkeit, wenn die Lebensführung des Angeklagten Auffälligkeiten bot, wenn der Arzt körperliche Symptome nervöser Veranlagung nachgewiesen hat.

Trotz sorgfältigster Anstaltsbeobachtung kann indessen der Experte nicht immer zur sicheren Diagnose, daß Epilepsie besteht, kommen, oder sie mit Sicherheit ganz ausschließen. Oft bringt erst die Zukunft und die Katamnese die Entscheidung im positiven Sinne. In einem neuerlichen Falle (Tesnow-Greifswald) stellte sich die Epilepsie eines Täters erst in der Nacht vor der angesetzten Hinrichtung durch Auftreten eines Anfalles heraus. Andrerseits ist auch jahrelanges Hinleben im Strafvollzug ohne Anfälle kein Beweis gegen eine epileptische Veranlagung. Wissen wir doch, daß Epileptiker jahrelang von Anfällen verschont bleiben können.

Fälle, in welchen der Beweis der Epilepsie durch *Vortäuschung eines Anfalles* zu führen gesucht wurde, sind gar nicht so selten, und es gibt alte Kriminelle, die es darin zu einer Virtuosität bringen, welche dem Arzte ernstliche Rätsel aufgibt.

Wo eine epileptische Anlage wirklich besteht, da pflegt auch Alkoholintoleranz zu bestehen. Es liegt nahe, Individuen, welche sich auf epileptische Veranlagung berufen, bezüglich ihrer Toleranz zu prüfen, den Einfluß des Alkohols auf die Herztätigkeit und die gesamten motorischen Funktionen zu prüfen, um so sichere Kriterien für oder wider zu gewinnen.

Die Wege, welche bei Versuchen direkter, unmittelbarer Simulation gewählt werden können, sind verschiedenartige. Bei der *einfachsten Form* tritt uns ein Bestreben, „*dumm*“ zu erscheinen, entgegen, d. h. es werden Intelligenzdefekte simuliert, Rechenunvermögen, Unbekanntschaft mit Lesen und Schreiben, mit den Dingen des alltäglichen Lebens, Apraxie, Dyspraxie.

Die *zweite* möchte ich die *manische* Form nennen, es wird das Bild der motorischen und sprachlichen Erregung imitiert.

Die *dritte* Form kann als die *ruhige* bezeichnet werden, es wird stumpfe Gleichgültigkeit und Geistesabwesenheit markiert.

Weiterhin bietet die Kasuistik *paranoische Zustandsbilder*, und endlich kann es sich um *Mischzustände* handeln, in denen von allem etwas gebracht wird, und die dabei den Verdacht der Simulation in Anbetracht des chronologischen Zusammenhanges, Ausbruch nach der Tat, oder wegen der Situation erwecken, z. B. bei Strafgefangenen.

Bei der Kürze des hier zu Gebote stehenden Raumes muß ich mir Beziehungen auf Fälle meiner Beobachtung leider versagen und kann nur kursorisch die einzelnen Formen besprechen.

Versuche, Intelligenzdefekte der allergröbsten Art vorzutäuschen,

sind nicht häufig. Sie sollten stets sehr vorsichtig analysiert werden, denn in diesem Verhalten spricht sich doch eigentlich eine, wenn auch transitorische, Urteilsarmut sehr auffälliger Art aus. Gelegentlich kommt derartiges bei wirklichen Geistesstörungen mit heftigem, protrahiertem Angstaffekt vor.

Die *zweite Form* ist die der vorgetäuschten tobsüchtigen Erregung.

Die Lockung, sich dieses Weges zu bedienen, ist darum eine relativ so große, weil ja bei der großen Menge Geisteskrankheit und sinnlose Erregung oft identisch gelten. Da zumeist auch geglaubt wird, der Geisteskranke ergehe sich in zusammenhanglosen, wirren Reden, so kann der zur Simulation Geneigte sich versucht fühlen, gerade das Bild der motorischen Erregung kombiniert mit Akten der Zerstörung und sinnlosem Reden zu wählen. In der Tat lehrt die Kasuistik, daß solche Versuche nicht gerade selten gemacht und mit oft erstaunlicher Zähigkeit durchgeführt werden.

Man findet wohl hervorgehoben, daß gerade Versuche dieser Färbung am wenigsten Aussicht haben, als echt anerkannt zu werden, weil der Gesunde Ermüdungseinflüssen erliege. Das hat z. T. seine Richtigkeit, weil es unmöglich ist, protrahierte Erregungszustände manischer Art, die wochen- und monatelang andauern, zu kopieren.

Wir sehen *an wirklich Kranken* dieser Art Störungen des Schlafes und der Ernährung, die zu typischem Gewichtsniedergang führen.

Wir bemerken an ihnen einen Mangel an Selbstschonung, der sie indifferent sonst schmerzhafte Verletzungen, Phlegmonen u. dgl. ertragen läßt.

Wir sehen sie reaktionslos auf Darreichung großer Dosen Narkotika weiter in Erregung bleiben, auf Dosen, die den Gesunden unfehlbar alsbald zum Schlaf bringen würden. *Derartige Zustände sind freilich nicht nachzuahmen.*

Die Erfahrung lehrt aber auch, daß es zahlreiche Kranke *ohne* kriminelle Beziehungen gibt, bei denen Simulationsabsicht ganz ausgeschlossen ist, die nur *über Stunden andauernde Erregungen* verbunden mit impulsivem Zerstörungstrieb, Lärmen und Schreien bieten und dann wieder geordnet und leidlich sozial sind. Es ist also nicht ohne weiteres statthaft, bei Erregungszuständen, die schnell abklingen und der Simulation verdächtig sind, nur *Ermüdung* als Ursache der wiedereintretenden Ruhe anzunehmen oder beim Aufgeben einer über einen oder mehrere Tage fortgesetzten Nahrungsverweigerung zu sagen, daß nur der *Hunger* den Verdächtigen bestimmt habe, sich eines andren zu besinnen. Aus dem schnellen Nachlassen tobsüchtiger Erregung allein, aus dem Auftreten von Heißhunger nach längerer Abstinenz lassen sich absolut keine eindeutigen Schlüsse ziehen.

Der einzig richtige Weg ist in solchen Fällen *der des analytischen Verfahrens*, der Erwägung, bei welchen Grundkrank-

heiten wir dem Symptom der tobsüchtigen Erregung begegnen. Jeder psychiatrisch gebildete Arzt weiß, daß hier Paralyse, epileptische, hysterische Veranlagung, sodann die so oft mit Erregungszuständen einhergehenden degenerativen Geistesstörungen des Pubertätsalters, endlich die bei angeborenen Schwachsinnigen mit epileptoider Veranlagung auftretenden raptusartigen Anfälle von Exaltation mit Zerstörungsdrang in Betracht kommen.

Jede Art der Erregung hat aber Eigenartiges an sich, das der Laie nicht kennt, Eigenartiges in der Art der Bewegung, des mimischen Ausdrucks, der sprachlichen Ausdrucksform, Dinge, auf die man also genau Acht geben muß.

Die Verkennung eines paralytischen Erregungszustandes im Sinne der Simulation kann wohl nur bei äußerst ungenauer Untersuchung und mangelnder Kenntnis der Symptome vorkommen. Der unruhige, kramende, wühlende Paralytiker bietet ein so charakteristisches Bild, ein genaues Hinhorchen auf seine Sprechweise, seine verwaschene, pappige Sprache muß doch sofort den Verdacht anregen, den dann eine in einem Momente relativer Ruhe vorgenommene körperliche Untersuchung weiter stützen und zur Gewißheit erheben wird. Die Beobachtung der Bewegungen wird bei einem Paralytiker, bei dem die Krankheit schon so weit fortgeschritten ist, daß er erregt wird, ohne Zweifel bereits einen mehr oder weniger starken Grad von Ataxie erkennen lassen.

Und in den meisten Fällen wird die Anamnese zum Ergebnis der Momentuntersuchung so gut passen, daß die letzten Zweifel an der Echtheit schwinden müssen. — Daß auch die Fahndung auf Zeichen überstandener Lues an den Genitalien, die Untersuchung auf alte Bubonennarben, Fingerzeige geben können, ist leicht einzusehen.

Eher kann es vorkommen, daß Erregungszustände für paralytische gehalten werden, die es tatsächlich nicht waren, und zwar auf Grund der Konstatierung von Pupillendifferenz, die aber ja bekanntlich auch bei vielen nervös Veranlagten beobachtet werden kann. Einer derartigen irrtümlichen Auffassung bin ich einmal in einer Strafsache gegen einen Sittlichkeitsverbrecher begegnet, den ich vor vier Jahren als Epileptiker begutachtete.

Auch physiognomisch hat der Paralytiker für den Blick dessen, der Hunderte von Fällen gesehen hat, etwas so ungemein Charakteristisches, daß ich mir eine Verkennung bei einer Anstaltsbeobachtung gar nicht denken kann.

Viele Erregungszustände, die man zunächst als zu bestimmtem Zweck gemacht, vorgetäuscht, ansehen möchte, werden bei genauerer Analyse unter Berücksichtigung der Ergebnisse einer körperlichen Untersuchung in das Gebiet der Hysterie verwiesen werden müssen. Even-

tuell wird es sich sogar herausstellen, daß hinter den hysterischen Symptomen noch eine Grundkrankheit sich birgt, ein angeborener Schwachsinn oder doch ein Grad von Debilität, der für die ganze Beurteilung der Persönlichkeit mit ins Gewicht fallen muß. — Durchmustert man die Kasuistik, so findet man gelegentlich das Urteil der Simulation ausgesprochen auf Grund der Feststellung, daß der Beobachtete Handlungen des Beobachters nachahmte, oder daß er solche ausführte, welche in seiner Gegenwart als am Krankheitsbilde noch fehlende Züge bezeichnet wurden. Nichts ist ein zweifelhafterer Beweis, wie die Hervorhebung eines solchen Verhaltens. Sehen wir doch bei hysterischer Tobsucht es oft genug, daß die Suggestibilität hochgradig gesteigert ist.

Wohl am häufigsten wecken den Verdacht der Simulation bei gravierendem, chronologischem Zusammenhange Bilder von Halbstupor mit zeitweiliger Nahrungsverweigerung, scheinbar völliger Indifferenz für Körperpflege und ästhetisches Empfinden bei mürrisch-feindseliger Grundstimmung, die sich gegen Ärzte und Personal in Schmähungen Luft macht. Oft handelt es sich um vorbestrafte Individuen, die bisweilen zur schweren Last ihrer Umgebung werden infolge Kotschmierens. Es sind sogar Fälle beobachtet, in denen Kot und mit Kot beschmiertes Brot verzehrt wurden, um überzeugend zu wirken.

Man wird versucht sein, zweifelnd zu fragen, ob es noch simulierbar sei, den eigenen Kot zu verzehren. Und doch wird man zugeben müssen, daß es möglich ist. Ist doch das Ekelgefühl bei vielen Verbrechern ebenso wie die gesamte Ethik rudimentär entwickelt. Andrerseits wissen wir ja auch, daß es sexuell Perverse gibt, die sich bis zum Kotgenuß versteigen. Warum sollte es somit nicht einmal ein Verbrecher fertig bringen, dieses scheinbar äußerste Mittel zur Anwendung zu bringen?

Mir selbst ist einmal seitens eines Verbrechers ein solcher Zustand von Stupor vorgetäuscht worden. Der Fall ist interessant und lehrreich, weil sein weiterer Verlauf festgelegt werden konnte. Er möge als einziger kasuistischer Beitrag zur Simulationsfrage hier Abdruck finden.

Der zunächst wegen Mordes angeklagte, dann wegen Totschlags mit zehn Jahren Zuchthaus bestrafte C. A. aus F. hatte während der Verhandlung gegen ihn, wie es das Gesetz gestattet, die Gutachten anhören dürfen, die dahin lauteten, daß eine epileptische Anlage anzunehmen und strafmildernd in Betracht zu ziehen sei. Ich hatte mir sogar gestattet, den Geschworenen zu sagen, daß der Angeklagte nach einer Verurteilung sicher wohl noch einmal Zustände von transitorischer Geistesstörung bieten werde und der Strafvollzug jedenfalls die abnorme Beschaffenheit des Mannes deutlich erweisen werde. Dies war am 10. Oktober 1901. Und schon zwei Monate später wurde er aus der Strafanstalt der Klinik zugeführt in einem Zustande, der die Merkmale des Stupors trug.

Er war im Zuchthause seit einigen Tagen auffällig still gewesen, lag dann eines Morgens stumm und negativistisch im Bette, aß mehrere Tage nichts, so daß der Gefängnisarzt ihn in die Irrenanstalt schicken zu sollen glaubte, unter der leisen Vermutung, daß es sich um einen katatonischen Zustand handle.

Der Patient ließ bei der Aufnahme alles ruhig mit sich geschehen ohne eine Spur von Widerstand. Kurz nach der Aufnahme setzt sich ein zu ihm kommender Arzt auf seinen Bettrand und bewirkt dadurch, daß das Bett von einer Wandleiste, auf der es aufgeruht hat, herunterrutscht. Der Patient fährt bei dem Ruck erschreckt empor und legt sich dann wieder „in der Haltung", wie der Arzt verzeichnet, „eines sich recht behaglich zum Schlafen Niederlegenden" hin. Konstatiert werden noch enorm gesteigerte Sehnenreflexe, Patellarklonus, ein Puls von 72 gegen 100 bei der Aufnahme. Dies war am 27. XII. Am 28. ist er stumm, ablehnend, reagiert auf keinen Anruf, auch deutet keine Mienenänderung an, ob er den ihn begutachtet habenden Referenten oder den ihn besuchenden Arzt der Strafanstalt erkennt. Einmal wirft er den Bettisch nach den Pflegern, die ihn zum Essen bewegen wollen. Er ist an diesem Tage unrein, indem er ins Bette defäciert.

Am 29. XII. begrüßt er mich mit freundlichem Gesicht und sagt, befragt, woher er mich kenne: „nun von der Verhandlung her". Auch zum Personal ist er freundlich und gibt nun an, er habe sich morgens beim Erwachen in einem ganz andren Raum gefunden wie sonst und gleich vermutet, er sei wieder in der Irrenanstalt (er war sechs Wochen vor der Verhandlung in Hofheim gewesen). Der Pfleger habe ihn dann orientiert, wo er sei. Er wisse nicht, wie er in die Klinik gekommen sei, seine letzte Erinnerung sei ein Vorgang in der Strafanstalt. Er klagt noch über Mattigkeit und Schwindel, aß aber gut und reichlich.

Ich triumphierte, da mir der Pflegling so schön die Prognose und Diagnose bestätigt hatte. Aber wie war ich verdutzt, als er mich abends um Verzeihung bat. Er habe mich getäuscht und erinnere sich aller Dinge recht gut. Zwei Leute hätten ihn gebracht, in Sträflingskleidern, er sei zuerst in einem einfenstrigen Zimmer gewesen; er habe sitzend das Fenster zur Linken gehabt. Die Klinik habe keine Umfassungsmauer usw. usw. Er wußte alles anzugeben, ärztliche Anordnungen bezüglich seiner Person, den Besuch des Strafanstaltsarztes, alle Einzelheiten waren ihm erinnerlich.

Er habe nicht bezwecken wollen, daß man ihn in die Klinik bringe. Die Empfindung, daß Weihnachten sei und für ihn alles verloren wäre, habe ihn bestimmt, sich „kaput zu machen" usw. In einer bald etwas zugänglicheren, bald gereizteren Stimmung blieb er noch etwa acht Tage in der Klinik, häufig sich paranoisch im Sinne der Beeinträchtigung äußernd, dann gelegentlich auch äußerst explosibel erscheinend. Darauf nahm ihn die Strafanstalt wieder auf.

Aus dem Manne wurde, was nachträglich auf den von ihm begangenen Mord auch ein besonderes Streiflicht warf, ein ausgeprägter Paranoiker mit telepathischen und anderen Wahnideen, schwerer Angriffstendenz, der nach einigen weiteren Jahren in eine Irrenanstalt verbracht werden mußte, wo er noch weilt.

Es ist sicher schwerer, in solchen „Mischfällen" die Wahrheit zu finden, wie in Fällen vorgetäuschter tobsüchtiger Erregung, zumal wenn noch ein an Katatonie erinnernder zäher Negativismus hinzukommt. Fehlt er, und fügt sich der bei solchem Bilde anscheinenden Halbstupors doch zweifelsohne der Katatonie Suspekte, so könnte man versuchen, Haltungskurven (analog den von Ermes an Katatonen bei uns aufgenommenen) zur Prüfung der Muskelzustände aufzunehmen. In Betracht kommen weiter Schreckreaktionsversuche (analog dem von v. Leupoldt in dieser Zeitschrift veröffentlichten). Sind sprachliche Äußerungen zu erhalten, so sind sie festzulegen (Stenogramm oder

Phonograph) und zu analysieren auf Stereotypien, Perseverationserscheinungen usw.

Vom psychiatrischen Standpunkte erscheint am leichtesten das Krankheitsbild der *Paranoia* nachahmbar für den, der es kennt. Aus der Kasuistik habe ich keine Fälle entnehmen können. Mir selbst sind keine vorgekommen.

Durchblickt man die Kasuistik (die Arbeit *Breslers* über Simulation erleichtert das außerordentlich), so scheint der Versuch der Simulation am häufigsten gemacht zu werden in der *Form der wechselnden Symptome*. Der Verdächtige zeigt ein feindselig ablehnendes Wesen, ißt bald besser, bald schlechter, verunreinigt sein Eßgeschirr oft aufs gröblichste, schimpft auf Wärter und Gefängnisarzt oder redet sie mit unrichtigen Namen und Titeln an, oder hockt brummend in einer Zellecke, verschmiert seinen Aufenthaltsraum, bellt und lärmt interkurrent und sucht sich im Gefängnis so lästig wie möglich zu machen, bis man ihn in psychiatrische Pflege verbringt, was oft schließlich doch geschieht, nachdem vielleicht erst noch Versuche gemacht sind, ihn durch karge Kost, Duschen oder Ekelkuren auf andre Ideen zu bringen. — Es ist ungemein schwierig, in solchen Fällen auf Grund eines *Momentbildes* eine Diagnose zu stellen und Simulation nachzuweisen oder andrerseits sich im Sinne geistiger Störung zu entscheiden, denn solche Zustandsbilder kann auch ein ausbrechender Schwachsinn oder ein hysterischer Zustand einmal bieten. Es kann vorkommen, daß Kriminelle solche Bilder *gewohnheitsmäßig* bereit halten, um sich dadurch aus strafrechtlichen Verwicklungen zu befreien. Das sind Fälle, die den Gerichtsärzten gelegentlich eine harte Nuß zu knacken geben können, außerordentlich viel Schreibereien und Feststellungen notwendig machen, wenn man zu absolut zuverlässigem Resultat gelangen will.

Es sind in den letzten Jahren mehrfach solche Fälle durch unsre Klinik passiert, dann handelte es sich aber fast stets um *äußerste* Grenzfälle, um absolut undisziplinierbare, im Strafvollzug gradezu unerträgliche Individuen, bei denen man schließlich einen solchen Grad geistiger Schwäche anzunehmen sich genötigt sah, daß man sie dauernd unter den § 51 stellen mußte, mit dem Zusatz, daß dauernde Internierung in der Irrenanstalt zu empfehlen sei.

Alles in allem läßt sich also folgendes sagen:

1. Simulation geistiger Störung bei völliger geistiger Gesundheit ist etwas Seltenes.

2. Die Diagnose der Simulation läßt sich oftmals nur stellen auf Grund umfassender Kenntnis des Vorlebens und längerer Beobachtung in einer Anstalt, die oft einen größeren Zeitraum beanspruchen muß, wie die im § 81 vorgeschriebene sechswöchentliche Frist.

3. Nachweis deutlicher Täuschung soll nie bestimmen, sogleich zu

verallgemeinern und gleich im Sinne der Annahme geistiger Gesundheit zu entscheiden.

4. Je gröber und plumper die Täuschung scheint, um so verdächtiger ist sie auf eine pathologische Basis, speziell auf Imbezillität.

VI. Psychologie und Psychopathologie im Polizeiwesen.

Wenn ich Gelegenheit nehme, die Wünsche zu formulieren und zu begründen, die man vom Standpunkte der forensischen Psychiatrie im Polizeiwesen der Gegenwart erfüllt sehen möchte, so darf ich vielleicht zunächst mit einigen Worten erklären, wie ich dazu komme, auf dieses Gebiet hinüberzugreifen. — Der Ansicht, daß es für die erfolgreiche Ausübung des öffentlichen Sicherheitsdienstes von großem Nutzen sein könnte, wenn seinen Organen ein gewisses Verständnis für einzelne, häufig vorkommende Erscheinungen des abnormen und des krankhaft veränderten Seelenlebens anerzogen würde, wird wohl jeder sich anschließen, der im Polizeiwesen tätig ist oder war. — Aber die Schwierigkeit des Stoffes und des Unterrichtes selbst wird an manchen Orten es verhindern, daß der Wunsch in die Praxis umgesetzt wird. — Man wird auch Zweifel tragen, ob das Verständnis der Schüler, die der Psychiater hier finden möchte, ausreicht, dem Lehrer zu folgen und von seinem Unterricht zu profitieren. Das ist ein Zweifel, dem man bei der bisher üblichen Art der Rekrutierung der im Sicherheitsdienst anzustellenden Mannschaften die Berechtigung nicht absprechen kann. Hat man sich doch bisher überall zunächst darauf beschränkt, verläßliche, gut beleumundete Leute. ev. mit dem Versorgungsschein entlassene Militärpersonen zu finden, die dann der praktische Dienst ausbildete so gut es ging. — Das genügt aber nicht mehr unter modernen Verhältnissen. Die häufigen Meldungen in der Presse von Übergriffen unterer Beamter dürften auch ein Beweis dafür sein. Und eine Anerkennung dieses Mangels ist es weiter auch, wenn wir neuerdings an manchen Stellen im Reich Ansätze zu einer Verbesserung der Verhältnisse konstatieren dürfen.

Das Bestreben der Jetztzeit, allen Personen, welche irgendwie mit Aufgaben zu tun haben, bei deren Erfüllung eine psychologische Schulung oder auch Kenntnisse in populärer Psychiatrie von Vorteil sind, eine solche zu geben, tritt uns auch auf diesem Gebiete entgegen. Gerade in den letzten Jahren ist die Idee, daß es gut sei, den Boden, auf dem praktische Tätigkeit Früchte zeitigen soll, theoretisch vorzubereiten, auch in das Polizeiwesen gedrungen. Es sind in verschiedenen größeren Städten (Essen, Berlin, Kottbus) Polizeischulen, Schutzmannsschulen, entstanden, in denen man die Beamten im Turnen, Fechten usw

unterrichtet, um sie körperlich auf die höchste Stufe der Leistungsfähigkeit zu bringen. Man lehrt sie, sich in gefährlichen Situationen zu benehmen, bringt ihnen Methoden bei, um den Gegner zu überwältigen. Man instruiert sie, wie man einen Tatort behandelt, damit keine Spur des Verbrechens verwischt und nichts hineingetragen wird, was verwirrend auf den Untersuchungsrichter einwirken könnte, und manches andere mehr. — Da sollte auch überall der Erwägung Raum gegeben werden, daß die Zahl der in der Öffentlichkeit sich bewegenden Psychopathen, Epileptiker und Hysteriker, der erreglichen Imbezillen und Debilen, aber auch der direkt Geistesgestörten eine große ist, und daß eine Mehrung der Menschenkenntniss bei den Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes darum sehr am Platze ist.

Als vor nun gut zwei Jahren im Großherzogtum Hessen einige Städte sich zur Errichtung einer Schutzmannsschule vereinigten, habe ich, von solchen Erwägungen geleitet, mich sofort mit den maßgebenden Persönlichkeiten in Verbindung gesetzt und sie zunächst im Prinzip bereit gefunden, die populäre Psychiatrie zu Worte kommen zu lassen. Als nicht bald darauf ein Mitglied der Gendarmerie von einem 85jährigen Paranoiker beim Versuch, seiner sich zu versichern, eine volle Schrotladung in die Brust bekam und tot vom Platze getragen wurde, da sagten wir uns, es sei nun an der Zeit, mit dieser psychiatrischen Unterweisung einmal zu beginnen. Und so habe ich denn an vier Nachmittagen des letzten Winters in Darmstadt versucht, vor etwa 100 Beamten in populärer Form das nötig Erscheinende abzuhandeln.

Es mag mancher darüber gelächelt haben, daß man die Schutzleute nun auch noch zu Psychiatern machen wolle. Es ist auch von manchem mißbilligt worden unter Hinweis darauf, daß einer der Zuhörer sich kurz nach Beendigung des Kurses erschoß und sich vorher noch schriftlich dahin äußerte, daß er so handeln müsse, weil er aus einem der Vorträge entnommen habe, daß er geisteskrank werden würde. Durch solche Äußerungen und Vorgänge darf man sich nicht abhalten lassen, einen Unterricht zu veranstalten, dessen Gesichtspunkte stets sich mehren werden, von dem nach meiner Überzeugung die Unterwiesenen einen dauernden Nutzen haben müssen. Und wenn nur ein einziges Mal in jedem Jahre an größeren Orten durch einen umsichtigen Beamten rechtzeitig einer Betätigung schwerer Gemeingefährlichkeit vorgebeugt wird, so ist das ein Erfolg, welcher die auf den Unterricht verwendete Mühe reichlich lohnt.

Was haben wir zunächst von psychologischen Dingen den Beamten zu bieten? — Zuerst erscheint es zweckmäßig, ihnen kurz die wichtigsten Ergebnisse der Aussageforschung darzulegen, ihnen zu zeigen, welchen Trugschlüssen der normale Mensch in Bezug auf Beobachtung und Wiedergabe unterworfen ist, welche Bedeutung für die Auffassung dem Intelligenzgrade, dem Grade der Konzentration auf den Gegenstand, der Affektbeteiligung zukommt. Man verweise sie auf die psychologischen Eigenschaften, von denen die Reproduktionstreue abhängt, die Verschiedenartigkeit der Menschen in Bezug auf Erinnerungsschärfe, den verwischenden Einfluß, den die Zeit auf die Schärfe des Erinnerungsbildes ausübt, die Fehlerquellen der Erinnerung, den Einfluß der Befangenheit usw., stets unter Beziehung auf prak-

tische *Beispiele* und stets unter Betonung der Pflicht des einzelnen, sich selbst zur Schärfe der Wahrnehmung und zu jener Verläßlichkeit und absoluten Sachlichkeit zu erziehen, die das Ideal des Beamten ausmachen muß.

Dem Unterbeamten die *Fähigkeit zum durchaus objektiven Bericht* beizubringen, ist zweifellos eine der ersten und wichtigsten Aufgaben jeder Instruktion. Und wenn auch in erster Linie hier der direkte polizeiliche Vorgesetzte wohl der Lehrmeister sein muß, so darf doch der Arzt und Psychologe ihm in die Hand arbeiten, indem er auf die psychologischen, in der besonderen geistigen Verfassung des einzelnen zu findenden Klippen hindeutet und gewissermaßen Warnungssignale aufstellt.

Die *Methoden der Aussageforschung* sind zum Teil so einfache, die Ergebnisse so greifbare, daß man sie auch Leuten von einfacher Bildung zum Verständnis bringen kann. So darf ich auch hoffen, daß die Zuhörer begriffen haben, aus welchem Grunde die Aussage in der *Form des Berichtes* eine wertvollere ist, wie die beim *Verhör* erzielte, die ja so oft von suggestiven Momenten beeinflußt wird. — Polizeiliche Unterbeamte haben so oft außer Rapporten auch von ihnen angestellte Erhebungen vorzulegen und sollten auch dies in einer Form tun, welche den Erfahrungen auf diesem Gebiete Rechnung trägt. Wer oft Akten als Gerichtsarzt zu lesen bekommt, der weiß, wie *dürftig* oft solche Erhebungen, wie *subjektiv gefärbt* sie sind. — Oft genug sagt man sich z. B.: so kann diese Person, die da vernommen wurde, gar nicht gesprochen haben, weil die Ausdrucksweise, die einzelnen *Technizismen* des Berichtes ihr absolut fremd sein müssen. Oder man erlebt es, daß ein Zeuge nach seiner von einem Unterbeamten erhobenen Aussage in den Akten verständig und einsichtig erscheint, und baut Schlüsse darauf. Und wenn man ihn von Angesicht zu Angesicht sieht, so hat man den Eindruck eines unglaubwürdigen Menschen oder gar eines Schwachkopfes, der im Zusammenhang kaum sechs Worte vorzubringen vermag, bei dessen Aussage das Moment der Suggestion eine erhebliche Rolle gespielt haben muß.

Die *Suggestivfrage* eines Polizisten kann aus einer einfachen Prügelei eine Messeraffäre machen; sie kann Irreführungen in Bezug auf das Signalement eines mutmaßlichen Täters veranlassen; sie kann Verdacht auf Personen lenken, die mit einer Straftat nichts zu tun haben; sie kann Anlaß zu falschen Zeitschätzungen geben, welche hernach in einem Strafverfahren eine große Rolle spielen und den Indizienbeweis in eine bestimmte Richtung drängen usw. mehr. — In solchen Erwägungen erscheint es nicht unangebracht, sich bei Beamten nicht so sehr auf die bei dem einzelnen mehr oder weniger gut ausgebildeten natürlichen Fähigkeiten zu verlassen, sondern ihn systematisch anzu-

leiten, mit welchen Fehlerquellen er zu rechnen hat. Es gibt begabte Leute darunter, welche das mit der Zeit in mancher Hinsicht *aus sich selbst* schöpfen. Aber warum lange warten, wenn man *durch die Unterweisung* diese Kenntnis schneller anbahnen kann.

Um noch einige Gesichtspunkte zu erwähnen, auf die im Unterricht verwiesen wurde, so ist z. B. gesprochen worden über *Wahlkonfrontation* und *Einzelkonfrontation*, über die Bewertung des *Affektes* in der Zeugenaussage, über die Gefährdung der Verläßlichkeit von Aussagen durch *Affektäußerungen*, Ungeduld seitens des dieselben entgegennehmenden Beamten und derartiges mehr.

Im Anschluß an diese am sog. *Normalmenschen* zu beachtenden Eigenschaften sprach ich über die bei den Geschlechtern und den Altersstufen zu beobachtenden psychologischen *Eigentümlichkeiten*. Die speziell an der Frau zu findenden seelischen Besonderheiten, leichtere Bestimmbarkeit und stärkere Beteiligung des Affektlebens bei allen Handlungen, die Einflüsse der physiologischen Ausnahmezustände der Menstruation, der Gravidität, der Säugeperiode, des Klimakteriums wurden kurz erwähnt und in ihrer strafrechtlichen Bedeutung erklärt, und dann besonders ausführlich *über das Kind als Zeuge* und Rechtsbrecher gesprochen. — Die bedauerliche Tatsache der stetigen Zunahme des jugendlichen Verbrechertums sollte bestimmen, *jede* Möglichkeit seiner Bekämpfung in Anspruch zu nehmen, wo immer sie sich bietet, und es unterliegt mir keinem Zweifel, daß auch *Polizeiorgane*, die einen geschulten Blick besitzen und ihn in der Fahndung nach Kindern, welche sich für die Zwangserziehung eignen, betätigen, hier zur Mitarbeit berufen sind.

Oft genug liest man in den Zeitungen von Anschuldigungen *sexueller Natur* gegen Beamte seitens unerwachsener Mädchen. Ein vorsichtiger Mann wird nie vergessen, welche Gefahren ihm von dieser Seite drohen und wie er sie vermeiden kann, wenn man sie ihm einmal auseinandergesetzt hat.

Der Polizist ist meines Erachtens nicht nur dazu da, um bei Verstößen gegen Sicherheit und Ordnung einzuschreiten, sondern auch, um sie zu hindern, der Prophylaxe zu dienen. Er hört und sieht so vieles, oder er könnte, wenn seine Sinne geschärft werden, so vieles sehen und hören, dessen Beachtung ihn bestimmen müßte, rechtzeitig *zum Warner zu werden*. Wenn er z. B. sein Auge auf die Lebensweise von Greisen und Greisinnen in seinem Distrikt richtet, so könnte vielleicht manchem Unheil, das von solchen veranlaßt wird, vorgebeugt werden. Denken wir nur an fahrlässige Brandstiftungen, an Sittlichkeitsdelikte seniler Personen u. dgl.

Der Beamte, welcher an die höhere Stelle eine Anzeige erstattet, hat natürlich in erster Linie die Pflicht, sie *sachlich* zu formulieren

und des Urteils sich zu enthalten, wie weit zugetragene Dinge ihm wahrscheinlich dünken oder nicht. Es wird ihm aber wohl nirgendwo verboten sein, in Zusätzen zur Anzeige Auffälligkeiten zu vermerken, die ihm an Personen, welche ihm etwas zutrugen, entgegentraten oder auch andere Dinge zu vermerken. „Solche Bemerkungen“, schreibt *Wulffen* in seinem Polizeihandbuch, „können für das Schicksal eines Angeschuldigten von Entscheidung sein, indem Staatsanwalt und Richter sofort ihr Augenmerk auf die Erörterung der Zurechnungsfähigkeitsfrage richten.“

Zum Bericht einer zugetragenen Anschuldigung gehört auch eine Mitteilung des *Berichterstatters* über die Persönlichkeit, auf deren Angaben er fußt, der näheren Umstände, unter denen die Angaben zugetragen wurden, z. B. des Verhaltens des Zuträgers im Augenblick der Denunziation, ob er im Affekt war, ob unsachliche Motive, Haß, Neid usw. bei ihm durchblickten. *Denunziationen* pflegen in einem großen Prozentsatz aller Fälle von Minderwertigen, Hysterischen usw. auszugehen. Gerade hier ist auch die *Suggestivfrage* am sorgsamsten zu vermeiden. Oft genug wird es vorkommen, daß von solchen Personen Anzeigen erfolgen, die in der Form des *Berichtes* noch auf dem Boden der Wahrheit bleiben, während *Verhör* und Aufzeichnung des *subjektiv ergänzten Verhörsresultates* so viel hinzufügen, daß die Anzeige zur *falschen Anschuldigung* wird, die am Denunzianten sich rächt und den ganzen Apparat des Strafverfahrens gegen ihn in Bewegung setzt.

Wenden wir uns der Betrachtung einiger psychologischer *Aufgaben des verhaftenden Polizeibeamten* zu. Er ist es, der nach einem Rechtsbruch zuerst in der Lage ist, den Eindruck der Persönlichkeit des Verbrechers auf sich wirken zu lassen; und es kann von fundamentaler Wichtigkeit für die Auffassung der Tat bzw. des Geisteszustandes des Täters sein, wie er gerade im *Augenblick der Sistierung* sich gerierte, bzw. welche absonderliche Erscheinungen er da bot. — Es gibt *rätselhafte Straftaten*, die in psychischen Ausnahmezuständen schnell vorübergehender Art verübt wurden, deren Natur eine gute Beobachtung unmittelbar im Anschluß an die Tat zu klären vermöchte.

Der Täter hüllt sich vielleicht gleich nach der Tat in absolutes Schweigen, in dem nur zu gern Verstocktheit erblickt wird, und doch war es vielleicht das *Schweigen des völlig Geistesabwesenden*. Oder es wird ihm gar noch zu allem ein Angriff auf den sistierenden Beamten zur Last gelegt, der als *Fluchtversuch* erscheint, die Sachlage für ihn erschwert; und doch waren das vielleicht nur *die Abwehrversuche eines Verwirrten*, der die Umgebung wahnhaft verkannte!

Die richtigen Personalangaben in solchen Augenblicken sind immer noch kein Beweis für völlige geistige Klarheit. Bei allen Inhaftierungen ernsterer Art sollte der die ersten Feststellungen machende Beamte auch durch kurze Fragen sich vergewissern, ob der Häftling zeitlich,

örtlich und in bezug auf die Personen seiner momentanen Umgebung orientiert ist. Das könnte für die Erkennung transitorischer krankhafter Geisteszustände von erheblicher Wichtigkeit werden. Aber auch andere Dinge verdienen in solchen Fällen eine Aufzeichnung, speziell auffällige Motivierungen einer Tat. Im Affekt verrät sich unmittelbar nach der Verhaftung so oft der Paranoiker, während er später seine Beweggründe oft zu dissimulieren sucht.

Ich habe in den letzten Jahren eine ganze Anzahl Paranoiker zu begutachten gehabt, welche der Polizei zunächst als Verbrecher ohne krankhafte Basis erschienen waren, und habe mir oft die Frage vorgelegt, ob nicht bei dem einen oder anderen wesentlich früher die pathologische Beschaffenheit der Persönlichkeit sich hätte erkennen lassen.

Ein weiteres wichtiges diagnostisches Merkmal oder Kriterium für die Frage der Zurechnungsfähigkeit ist oft die Schrift. Ein Vergleich zwischen einer Probe, die unmittelbar nach der Tat geliefert wurde, mit einer später zu nehmenden, kann außerordentlich instruktiv sein. Die Art der Schrift gibt auch einen Gradmesser ab für die Bestimmung der Nüchternheit. In unsrer Zeit werden so oft Trunkexzesse entschuldigend ins Treffen geführt, ohne daß sich später ein strikter Beweis im positiven oder negativen Sinne führen läßt. Veranlassen wir einen Inhaftierten, unmittelbar vor dem Protokoll etwas zu schreiben, z. B. die Kopie einer Zeitungsnotiz, so haben wir etwas zu Händen, das nicht ganz belanglos genannt werden kann.

Bei jedem Protokoll am Tatort sollte, wenn der Täter bekannt ist, der recherchierende Beamte auch einige Erhebungen bezüglich der Heredität und des Entwicklungsganges desselben anstellen. Er tritt dem Bekannten- und Verwandtenkreise bei dieser Gelegenheit so nahe, daß er dem Untersuchungsverfahren diesen Dienst oft ohne große Mühe leisten und Dinge eruieren kann, welche den Gang desselben von Anfang an zu bestimmen vermögen.

Zahlreiche Gesichtspunkte springen uns somit bei einer Unterweisung der Sicherheitsbeamten schon entgegen, ehe wir noch in die Betrachtung der Geisteskrankheiten selbst eingetreten sind.

Ich orientierte meine Zuhörer dann über die geistige Beschaffenheit der dem Grenzgebiet zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit angehörenden Personen, über die auf abnorme Erreglichkeit, Alkoholintoleranz und ein abnormes Triebleben zurückzuführenden Verstöße gegen die gesellschaftliche Ordnung, die in so manchem rätselhaften Vergehen und Verbrechen wirkende Triebfeder des abnorm gearteten Sexualtriebes, (denken wir an Wäschediebstähle der Fetischisten, scheinbar motivlose Angriffe und Körperverletzungen aus sadistischen Instinkten, Zopfabschneidereien, Kleidungsbeschädigungen, die wie Taschendiebstahls-

versuche aussehen und Ähnliches mehr, Vergehungen, bei denen die frühzeitige Aufdeckung des Motivs wichtig für die Behandlung des Täters werden kann).

Wir haben uns dann einer Betrachtung der Epilepsie und Hysterie zugewandt, im speziellen unter Hinblick auf die erste Hilfe beim Anfall, die Simulationsfrage und den pathologischen Rauschzustand.

Die ausführliche Behandlung gerade dieses Gebietes dürfte, wenn man auch sonst die Wichtigkeit psychiatrischer Informationen für die Sicherheitsbeamten nicht so ganz anerkennen will, doch jedem Polizeichef erwünscht erscheinen. Ist doch die Zahl der Fälle eine so eminent große, in denen gerade Personen, die in diese Rubrik fallen, die Sicherheit und Ordnung bedrohen. So manche Schutzhaft ist schon zur Strafhaft geworden und hat zu einem umständlichen Verfahren Anlaß gegeben, das vielleicht vermieden werden konnte, wenn die Fähigkeit der Beamten, mit diesen psychopathischen Persönlichkeiten umzugehen, eine bessere gewesen wäre.

Ab und zu liest man in den Tagesblättern wohl von Epileptikern, die in Zuständen umdämmerten Bewußtseins sich bewaffneten und verbarrikadierten. Was wird dann manchmal alles aufgeboten, um ihrer habhaft zu werden! Es mag in gewissen Fällen notwendig sein, ihrer sich sofort zu versichern, wenn sie direkt Personen gefährden, z. B. Kinder, die ihnen nicht entweichen können. In so vielen Fällen aber ist das nicht der Fall, und doch bestimmt das völlig unangebrachte Bestreben, Bravour zu zeigen, die Beamten, des Schädlings habhaft zu werden koste es, was es wolle. Da sind schon Feuerspritzen aufgeboten worden, um den Kranken in die Enge zu treiben, und trotzdem wurden Menschen gefährdet und verletzt, wohingegen es soviel einfacher gewesen wäre, den Kranken zu zernieren und abzuwarten, bis die Natur in ihre Rechte tritt und er sich niederlegt zum Schlaf.

Daß der Beamte auch einer Information bedarf, wie er den im Anfall auf der Straße von ihm aufgefundenen Epileptiker zu behandeln hat, unter Requisition geeigneter Beihilfe aus dem Publikum, erscheint ganz selbstverständlich, wird er doch meist der erste sein, der in den neugierigen Volkshaufen tritt. Fragen wir aber einmal unsere Beamten, wie viele hier ihren Aufgaben gewachsen sind. Da wird uns wohl bei der großen Mehrzahl ein Manko entgegenspringen.

Daß der Beamte bei Berufungen auf überstandene Anfälle seitens eines Angeklagten oft ein wichtiges Zeugnis ablegen muß zum Zwecke einer Klärung der Natur des Anfalles, sollte ebenfalls bestimmen, ihn zur ruhigen Beobachtung zu erziehen.

Von Epileptikern werden in Bewußtseinstrübungen so oft sonderbare Handlungen begangen, deren krankhafte Natur der wohlinformierte Beamte sofort erkennen, denen er darum verständig entgegentreten wird. Denken wir beispielsweise an Entkleidungen im freien Feld, auf offener Straße u. dgl. m.

Es schadet auch nichts, wenn auch der einfache Sicherheitsbeamte etwas von der epileptischen Degeneration erfährt, von der Erreglichkeit, der geringen Glaubwürdigkeit des Epileptikers, wenn er ferner weiß, daß der schmutzige Rock des ihm auf der Landstraße begegnenden Vagabunden, dessen Gesicht viel-

leicht von Narben abschreckend entstellt ist und dem er gleich rauhe Seiten zeigen möchte, wenn er weiß, daß dieser schmutzige Rock die Folge des letzten Anfalles sein kann, in dem vielleicht dem Unglücklichen noch dazu die Papiere gestohlen wurden. Solche Erwägungen werden bei ihm nach und nach zur objektiveren Behandlung solcher Leute führen.

Bei der Erwähnung der Intoleranz und des pathologischen Rausches habe ich bei meinem Kurs für hessische Beamte kursorisch auch den *Alkoholismus* abgehandelt unter spezieller Berücksichtigung der Formen geistiger Störung, die oft von einem akzidentellen Alkoholismus überlagert werden oder auch direkt Alkoholismus vortäuschen können, z. B. hypomanische Zustände und Paralysen. Der Sicherheitsbeamte soll um die Erscheinungen des *Delirium tremens* wissen, um den alkoholischen *Eifersuchtswahn*, um den degenerativen Einfluß des chronischen Alkoholgenusses, damit er an geeigneter Stelle *Beobachtungen einschlägiger Art* zu deponieren vermag. Das kann *prophylaktischen* Wert haben. Außerdem kann es gar nicht schaden, wenn er weiß, daß der Trunkene auf gütliche Behandlung besser reagiert wie auf den straffen Polizeiton, der so oft die Anklagekette Widerstand, Beleidigung, Körperverletzung, Sachbeschädigung im Gefolge hat.

Nicht minder zahlreich wie die der Epilepsie sind die Beziehungen der *Hysterie* zur Kriminalität und damit natürlich auch zum Polizeiwesen. Die Neigung Hysterischer zur Fiktion von Verbrechen, zur sexuellen Anschuldigung, zur Unwahrheit überhaupt, sollte der Beamte kennen, damit er in kritischen Fällen seine Nachforschungen sofort in die richtige Bahn lenkt, damit er sich selbst in Acht nimmt vor falscher Anschuldigung, hinter der, wenn sie auch nicht erwiesen wird, für ihn so manches Unangenehme steht, da es doch immer Menschen gibt, die an sie glauben, zumal in jenen Kreisen, die am chronischen Blankoller, an einer habituellen Animosität gegen die Organe der Polizei leiden.

Wenn jeder Beamte um die Unannehmlichkeiten wüßte, die ihm aus der Recherche *bei alleinwohnenden Frauen* (speziell, um ein Beispiel zu wählen, das naheliegt, bei Prostituierten) erwachsen kann, so würde wohl mancher Vorsicht walten lassen, die hier stets angebracht ist. Ein gleiches gilt auch für den Beamten, der, auf seinem Bureau sitzend, mit Frauen zu tun hat, die zwecks Meldungen, Anzeigen u. dgl. zu ihm streben.

Viel ließe sich ja hier noch sagen, gerade hier kann die Menschenkenntnis des Beamten, zumal dessen, dem eine größere Selbständigkeit überlassen ist (z. B. dem Landgendarmen), gar nicht groß genug sein. — Blicken wir aber weiter auf die Punkte, die dem Polizeibeamten geläufig sein sollten bezüglich *Geisteskranker selbst*.

Wenn wir bedenken, daß so oft an den Sicherheitsbeamten, ich möchte sagen, psychiatrische Aufgaben hinantreten, (denken wir beispielsweise noch an die Schutzhaft Geisteskranker, an Erregungsausbrüche in

Arrestlokalen, Delirium tremens-Anfälle im Vollzug kurzer Freiheitsstrafen usw.), wenn wir erwägen, daß so oft auch der verantwortungsvolle Transport zur Anstalt ihnen zufällt, so wird es verständlich sein, wenn ich wünsche, sie möchten auch in Bezug auf die Auffassung des Geisteskranken reifere Anschauungen gewinnen, wie sie leider auch in der Gegenwart das Publikum meistens noch von ihm hat.

Die Wichtigkeit eines ruhigen, bestimmten, freundlichen, schonenden Verhaltens gegen den zu Begleitenden, auf dessen Krankheitsäußerungen er nicht eingehen, dem er nichts vorlügen soll, muß ein solcher Transporteur wissen. Er soll auch über die Eventualitäten des Transportes depressiver und impulsiver Patienten orientiert sein, damit es ihm nicht passiert, daß ihm (wie jüngst auf einer süddeutschen Bahnstrecke es geschah) ein Katatone per Kopfsprung aus dem Fenster geht. — Viele Anstalten verwahren sich in der Gegenwart durch Regulativparagraphen dagegen, daß Patienten durch uniformierte Beamte ihnen zugeführt werden. Es müßte aber überall Polizeiverwaltungen schon von selbst der Takt von der Verwendung uniformierter Transporteure abhalten, noch mehr von der Verwendung bewaffneter Leute. — Der Sicherheitsbeamte, der einem Geisteskranken zur Begleitung beigeordnet wird, ist halb ein Krankenpfleger dadurch geworden. Schon sein Äußeres muß das andeuten.

Waffen des Transporteurs können ihm selbst Gefahr bringen, speziell bei klaren, fluchtverdächtigen Kranken. Ebenso sorgsam soll er achtgeben, daß der Kranke unbewaffnet ist, sich nicht vielleicht bei der Sistierung daheim noch bewaffnet. — Uns ist einmal ein Paranoiker zugeführt, dem im Aufnahmebad ein sechsfach geladener Revolver abgenommen wurde. Welche Unsumme von Unheil hätte er vorher anrichten können, wenn nicht die Aufnahme eine äußerst vorsichtige gewesen wäre.

Von Geistesstörungen kommt zuerst die Imbezillität in Betracht, von deren Trägern sich in der Öffentlichkeit eine hohe Zahl frei bewegt. Jeder Beamte sollte sich bei Patrouillengängen gewöhnen, ein Auge auf die in seinem Revier wohnenden imbezillen Personen zu haben, sich unauffällig nach ihren Lebensgewohnheiten erkundigen, die chronisch arbeitslosen etwas zu beobachten suchen, das Stammpublikum niederer Wirtschaften darauf im stillen durchmustern. Die rechtzeitige Beachtung von Personen, welche stetig den Zielpunkt von Spott und Hänseleien abgeben, die man so oft zum Alkoholmißbrauch verleitet, die dann zu Ruhestörungen und Unsittlichkeiten neigen (ein erheblicher Prozentsatz davon fällt sicher unter die Diagnose Schwachsinn), kann doch unter Umständen sehr nützlich sein und zur rechtzeitigen Vorbeuge bestimmen.

Was der Arzt dem Sicherheitsbeamten von den einzelnen Formen geistiger Störung zu sagen hat, ist zunächst, daß der Geisteskranke nicht immer unter dem Bilde sich darstellt, welches das große Publikum als Ausdruck seelischer Störung ansieht, daß jeder Kranke Gefahren heraufbeschwören kann, um so leichter, je klarer und äußerlich geordneter er sich verhält. Die vielen Beziehungen, welche zwischen den einzelnen Störungen und der Kriminalität existieren, kann man selbstverständlich dem einfachen Polizeibeamten nicht alle darlegen.

Sie im Einzelfalle zu erkennen und daraus die Konsequenzen zu ziehen muß selbstverständlich *Sache des höheren Beamten* bleiben. Aber einzelne Typen Geisteskranker vermag auch das Verständnis des einfachen Polizisten wohl zu erfassen, und daß ihm das zum Nutzen gereichen kann, wer wollte das bezweifeln? — So habe ich denn meinen Darmstädter Schülern (mit Vorliebe unter Hinweis auf die in Tagesblättern ja so massenhaft zu findenden Berichte über Kranke, welche öffentlich auffielen, störende Handlungen begingen) die Krankheitsbilder der *Melancholie*, der *juvenilen Verblödung*, der *Paranoia* und der *Paralyse* kurz skizziert und illustriert. Speziell die Paranoia wurde ausführlicher abgehandelt, die Bedeutung des *Verfolgungswahns* für Angriffe auf die Person und das *Verhalten Paranoikern* gegenüber während einer *Sistierung* besprochen sowie das Krankheitsbild der *querulierenden Verrücktheit* erläutert.

Die Beamten, denen ich vorgetragen, werden nicht alle in gleichem Maße davon profitiert haben, aber sicher sind zahlreiche darunter gewesen, die eine gewisse Schätzung krankhafter Geisteszustände gelernt haben und darauf weiterbauen können und werden.

Das bietet noch in anderer Hinsicht Vorteile. Wenn erst mit der Zeit eine Anzahl von Beamten populärpsychiatrische Unterweisungen empfangen haben, so wird man aus ihnen, speziell aus den intelligenteren, *Vormünder* für manchen in einfachen sozialen Verhältnissen lebenden Geistesschwachen und für die aus den Anstalten probeweise Entlassenen nehmen können.

Zur Führung einer Vormundschaft gehört mehr wie guter Wille, nämlich in erster Linie ein Verständnis für die Eigenart des psychischen Zustandes eines Mündels als Grundlage einer rationellen Fürsorge für die *Person*, die bei so manchem Entmündigten eine viel größere Rolle spielen sollte, wie die Unterstützung in der Besorgung pekuniärer Angelegenheiten. Ich habe in einem Aufsatz in Friedreichs Blättern für gerichtliche Medizin vor kurzem die Frage der Wahl des Vormundes vom psychiatrischen Standpunkte einmal zu ventilieren versucht und habe konstatieren müssen, daß in dieser Hinsicht oft Mißgriffe vorkommen und Leute zu Vormündern bestellt werden, die dazu nicht qualifiziert sind, weil ihnen das Verständnis für die Eigenheiten des Mündels mangelt.

Von vielen Seiten schon wird in der Gegenwart darum dem Institut der *Berufsvormundschaft* durch besonders geschulte Leute das Wort geredet und verlangt, daß man nicht mehr nach Gutdünken diesem oder jenem, der gerade zu einem zu Entmündigenden in verwandtschaftlichem oder freundschaftlichem Verhältnis steht, eine Kuratel aufbürden soll, die so oft als eine drückende Last empfunden wird. *Woher aber Berufsvormünder nehmen*, die gut zu ihrem Amte vorgebildet sind

und das unerläßliche Verständnis für ihre Mündel mitbringen? Ich denke, auch da ließe sich abhelfen, indem man aus dem Kreise der psychiatrisch instruierten Sicherheitsbeamten entsprechend ihrer Bewährung in Vormundschaften, die ihnen zunächst nebenamtlich übertragen wurden, die besten auswählt und zu Berufsvormündern macht. Ich denke, dieser Weg, zu einem guten Stamm von Berufsvormündern zu kommen, wäre wohl diskutabel und sein Beschreiten könnte Vorteile bringen. In den letzten Jahren sind mir verschiedentlich Fälle vorgekommen, in denen zwar schon Beamte der Polizei mit Vormundschaften betraut waren, aber zum Teil den Schwierigkeiten der Situation sich nicht gewachsen zeigten, weil ihnen die richtige Auffassung des Geisteszustandes ihrer Mündel eben fehlte.

Psychiatrie ist eine soziale Wissenschaft mindestens in dem gleichen, wenn nicht in noch höherem Maße, wie eine ärztliche. Wir haben auch außerhalb unserer Anstaltsmauern Aufgaben von großer Wichtigkeit zu erfüllen und Aufklärung zu bringen, die der Öffentlichkeit zu großem Nutzen gereichen kann. Das hier abgehandelte Gebiet ist so wichtig, daß ihm überall die Aufmerksamkeit in höherem Maße zugewendet zu werden verdient, wie es bisher geschah.

VII. Die strafrechtliche Bedeutung der Epilepsie.

Epileptiker, offenkundige sowohl als auch besonders sog. larvierte, stellen in der Gegenwart ein so ungemein großes Kontingent zu den Rechtbrechern, daß jeder Jurist es sich angelegen sein lassen sollte, sich eine genauere Kenntnis ihrer Eigenschaften zu verschaffen, speziell derjenigen Formen, in welchen Krampfanfälle weniger eine Rolle spielen, wie eigentümliche Zustände veränderten Bewußtseins, in denen das Denken, Fühlen und Handeln der Kranken pathologischen Einflüssen unterworfen ist.

Diese Kenntnis wird er sich am besten verschaffen können, wenn er von der Betrachtung des typischen epileptischen Anfalles ausgeht bzw. vom Verhalten des Bewußtseins in demselben. Eingeleitet wird der typische Anfall zumeist durch einen Moment eigentümlicher Spannung und Beklommenheit, oft durch einen Schrei. Es folgen bei erloschenem Bewußtsein allgemeine Muskelkrämpfe, oft begleitet von Speichelfluß und unwillkürlichen Entleerungen. Dann tritt Ruhe ein, oft unter zyanotischer Gesichtsverfärbung und röchelnder Atmung, die langsam in Schlaf oder allgemeine Mattigkeit ausklingt. — Ist zeugenmäßig festgestellt, daß eine Persönlichkeit an Zuständen dieser Art leidet oder gelitten hat, so wird sie mit Bestimmtheit als epileptisch veranlagt bezeichnet werden dürfen.

Nun ist aber die *Zahl der Varianten eine außerordentlich große* sowohl in Bezug auf die Intensität der Krampferscheinungen, die Dauer der Krämpfe und das Verhalten des Bewußtseins während des Anfalles, als auch in Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens. Den typischen Anfall charakterisieren Krämpfe, *Bewußtlosigkeit* und *Erinnerungslosigkeit* für die Dauer des Anfalles. Dann aber gibt es Zustände, bei welchen Krämpfe nur in vereinzelten Muskelgruppen auftreten, das Bewußtsein nur vorübergehend getrübt und die Fähigkeit, hernach an Vorgänge im Anfall sich zu erinnern, nicht völlig geschwunden ist. Und ferner gibt es Fälle, in welchen *Krampferscheinungen völlig fehlen* und nur das Bewußtsein für kürzere oder längere Zeitdauer getrübt und verändert ist. Man spricht in diesen Fällen von *Dämmerzuständen* oder *Äquivalenten*. Wer sich die Geistesverfassung eines im Dämmerzustande befindlichen, larvierten Epileptikers klar machen will, geht am besten von einer Betrachtung der psychischen Beschaffenheit des typischen Epileptikers gegen Ende des Krampfanfalles aus. Langsam erwacht die größte Anzahl der vom Krampf Befallenen aus der Erschlaffung, welche das dritte Stadium des typischen Anfalles bildet. Langsam gewinnt er die Herrschaft über seine Muskeln wieder und beginnt sich wieder zu orientieren, seine Umgebung zu erkennen. Er kommt nach und nach wieder „zu sich". Bei anderen folgt dem Anfall ein tiefer Schlaf, aus dem sie alsdann zur Klarheit erwachen. Bei einer dritten Gruppe *bleibt aber die Aufhellung des Bewußtseins noch aus*, obwohl der Kranke sich schon zu bewegen vermag, umhergeht, komplizierte Handlungen ausführt. Der Kranke besitzt dabei noch nicht wieder die richtige Kritik für seine Umgebung, Sinnestäuschungen ängstigenden Inhaltes drängen sich zwischen ihn und die Wirklichkeit, impulsiv entäußert er sich heftiger Triebe. Geisteszustände dieser Art können sich nun einstellen, *ohne daß Krämpfe vorausgingen*, und die zu dieser Klasse von Epileptikern gehörigen Personen sind innerhalb dieser Äquivalente sowohl in Anstalten als auch vornehmlich außerhalb derselben in hohem Grade gefährlich für ihre Umgebung. Ihr scheinbar geordnetes äußeres Verhalten, der Umstand, daß sie komplizierte Handlungen ausführen (z. B. größere Wanderungen, Reisen auf der Bahn usw.), steht zu der schweren Störung der Gedankentätigkeit oft in so auffälligem Gegensatz, daß niemand zunächst in ihnen unter krankhaften Einflüssen Handelnde zu erblicken geneigt ist.

Die Färbung des Krankheitsbildes der Epilepsie ist noch eine um so buntere, als die Störung bei dem gleichen Individuum bald in der Form schwerer Anfälle, bald in derjenigen leichter, schnell vorübergehender Bewußtseinstrübungen, bald in derjenigen des Äquivalents, ohne einleitenden Krampf, sich zeigen kann.

Für den Ausbruch der Krankheit sind in manchen Fällen äußere

Schädlichkeiten verantwortlich zu machen: Schädelverletzungen, Gehirnerschütterungen, chronische Aufnahme von Nervengiften (Blei, Alkohol), Infektionskrankheiten, Neubildungen des Hirns usw. In zahlreichen Fällen fehlt jedoch jeder ätiologische Anhaltspunkt, so daß man von „kryptogenetischen“ Formen sprechen muß. In diesen Fällen handelt es sich nach neuesten Ergebnissen der mikroskopischen Gehirnanatomie um entzündliche Vorgänge und dadurch bedingte Strukturveränderungen der Hirnrinde, pathologische Prozesse, die manchmal in der Heredität begründet sind: Abstammung von Trinkern, Syphilitikern. Nicht selten zeigt die Obduktion auch gröbere, schon makroskopisch erkennbare Veränderungen.

Setzt die Krankheit in früher Kindheit ein und geht sie mit häufigen Anfällen einher, so kann die geistige Entwicklung dadurch verlangsamt, gehemmt oder ganz unterdrückt werden (epileptische Idiotie). Setzt sie erst ein, nachdem schon ein gewisser Fonds von Kenntnissen und Erfahrungen gesammelt wurde, so ist der Verlauf oft ebenso verderblich und unter Häufung der Anfälle (sog. Status epilepticus) kommt es häufig zur Entwicklung hochgradiger geistiger Schwächezustände. — Treten jedoch die Anfälle selten ein, so vermag der Epileptiker intellektuell vorwärts zu schreiten und sich vielleicht sogar eine Lebensposition zu schaffen. Nicht selten sind die Fälle, daß in früher Jugend bei jemandem Anfälle auftreten und ganz wieder verschwinden, um dann während der Pubertät oder später wieder einzusetzen. Indessen gibt sich die krankhaft veränderte Beschaffenheit der Epileptiker zumeist nicht nur in Anfällen kund, sondern auch in anfallsfreien Zeiten lassen sich an den nervösen Apparaten Symptome nachweisen, wie z. B. Reflexsteigerungen, Zittererscheinungen, neuralgische Störungen. Und die Tatsache, daß dauernd pathologische Einflüsse im Organismus wirksam sind, dokumentiert sich weiter in einer nach und nach immer deutlicher hervortretenden Veränderung der Persönlichkeit bzw. einer Herabsetzung der psychischen Leistungen: sog. epileptische Charakterdegeneration. Der epileptische Charakter zeichnet sich in ausgeprägten Fällen aus durch große Reizbarkeit, launisches, mißtrauisches, zu heftigen Affektausbrüchen neigendes Wesen, Empfindlichkeit, Mangel an altruistischen Regungen bei gesteigertem Selbstgefühl, Einsichtslosigkeit und Unberechenbarkeit.

Eine erhebliche Quote der Epileptiker ist alkoholintolerant und reagiert auf Alkoholgenuß mit Anfällen oder Aequivalenten. Andrerseits gibt es indessen auch Personen mit der Eigenschaft der Intoleranz, welche auf Alkokolgenuß pathologisch reagieren, in Zustände umdämmerten, getrübten Bewußtseins gelangen, ohne gerade Epileptiker zu sein. Weiterhin kann zweifellos chronischer Alkoholmißbrauch zum Auftreten von Krampf-

anfällen von epileptischem Typus führen. Zwischen Epilepsie und Alkohol bestehen somit enge Beziehungen.

Zu erwähnen ist endlich, um die Mannigfaltigkeit der Krankheitsformen, die auf dem Boden der Epilepsie auftreten können, zu illustrieren, daß auch transitorische Störungen unter dem Bilde der Melancholie, der manischen Erregung und solche mit paranoischem Gepräge sich zeigen können. Höchst wahrscheinlich ist eine große Anzahl der Fälle unter der Diagnose des manisch-depressiven Irreseins oder der zirkulären Geistesstörung in das Gebiet der Epilepsie zu rechnen, denn bei einer nicht geringen Zahl der hierhingehörenden Kranken kann man auch in den „gesunden“ Intervallen zwischen den einzelnen Anfällen ausgesprochener geistiger Störung nervösen Erscheinungen und allmählicher Charakterdegeneration begegnen, also epilepsieverdächtigen Komponenten. (Sommer). Auch die transitorischen Psychosen der Epileptiker kann man als Äquivalente bezeichnet finden.

Die forensischen Beziehungen der Epilepsie lassen sich unter zwei Gesichtspunkten auffassen. Es kann sich um Delikte handeln, die im Dämmerzustand oder Äquivalent begangen wurden, und um Delikte, welche sich aus der Charakterdegeneration und erworbenem Intelligenzdefekt herleiten lassen.

In Dämmerzuständen begeht der Epileptiker gelegentlich Gewalthandlungen (Tötung, Notzuchtsakte) äußerster Art, deren Ausführung auf den ersten Blick den Eindruck bestialischer Roheit erwecken kann, Brandlegungen usw. Oft ist es das Motivlose, Abrupte, mit den sonstigen Lebensgewohnheiten des Täters gar nicht in Einklang zu Bringende, was sofort den Verdacht auf eine epileptische Veranlagung wecken muß, welchem die Angaben über Erinnerungslosigkeit dann noch eine Stütze verleihen. Dabei sei indessen scharf betont, daß die Fähigkeit, einzelne Momente aus einer im Dämmerzustand begangenen Tat zu erinnern, keineswegs als Argument gegen die Annahme einer Epilepsie verwendet werden darf, wenn sonst hinreichend Gründe dafür vorhanden sind.

Verhängnisvoll können dem Epileptiker die sich über längere Zeit erstreckenden Äquivalente mit melancholischem Gepräge oder paranoischer Färbung werden, indem depressive Ideen oder temporär mit der Stärke von Wahnvorstellungen ihn bestimmende Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen ihn zu unsozialen Handlungen treiben (Tötung naher Angehöriger bei scheinbar völliger Klarheit, scheinbar überlegter und vorbereiteter Mord).

In der großen Mehrzahl der Fälle, in welchen man dem Epileptiker vor Gericht begegnet, handelt es sich um Delikte, die ihn geistige Schwäche begehen ließ (Mangel an Verständnis für die Strafbarkeit einer Handlung) oder zu denen die Änderung des Charakters führte.

Die Reizbarkeit treibt zur Beleidigung, Körperverletzung oder gar zum Totschlag; die pathologische Gehässigkeit zur falschen Denunziation oder zum Meineid, oder zum fahrlässigen Falscheid. Aus gesteigertem Egoismus resultieren Betrug, Fälschung, Unterschlagung, aus einem Mangel an Altruismus Vernachlässigung der natürlichen Pflichten (Verwahrlosung von Kindern) usw.

So führen den Epileptiker zum Teil seine Eigenschaften direkt zum Verbrechen, zum Teil aber tun sie es indirekt, indem sie, wo immer er hinkommen mag, die Umgebung bestimmen, ihn abzulehnen. Speziell der an häufigen Anfällen leidende Epileptiker ist auch in der Gegenwart oft noch traurig daran, da die staatliche Fürsorge für Epileptiker noch sehr im Argen liegt und sich im allgemeinen nur derjenigen annimmt, welche gemeingefährlich erscheinen. Jene relativ Harmlosen, die der Anfall niederwirft, und die dann nach ihm sich ausschlafen und klar erwachen, bei denen also kein äußerlicher Grund der Internierung ersichtlich ist, sie finden nirgends dauernde Arbeit, sondern werden überall fortgeschickt, nachdem man sie als Epileptiker erkannt hat. So leiden sie Mangel, gelangen zum Bettel, zur Vagabondage oder stehlen aus Not. Ihr Äußeres, das von Narben entstellte Gesicht, das im Anfall verunreinigte Kleid, veranlaßt viele, sie zu fliehen und rauh abzulehnen.

Erfahrene Zurücksetzung und schroffe Behandlung löst alsdann so oft bei dem empfindlichen, reizbaren Epileptiker pathologische Wutzustände aus (Angriffe auf verhaftende Beamte, Beleidigungen, Sachbeschädigungen usw.).

Die Feststellung der epileptischen Natur eines Angeschuldigten kann gelegentlich eine sehr leichte Aufgabe sein, wenn einwandfreie Zeugen Anfälle gesehen haben oder solche in der Untersuchungshaft auftraten, wenn körperliche Zeichen überstandener Anfälle (Zungennarben, Narben des Gesichts usw.) nachzuweisen sind, wenn der Nachweis einer Charakterveränderung und einer stets zunehmenden intellektuellen Schwäche sich führen läßt. Sie kann indessen auch äußerst schwierig sein, wenn es sich um seltene Anfälle oder Äquivalente handelt, wenn auffällige Intelligenzdefekte fehlen, eine deutliche Degeneration nicht auffällig hervortritt. In solchen Fällen bedarf der begutachtende Arzt engster Fühlung mit dem zu Begutachtenden, welche nur sich erzielen läßt durch Einweisung in eine psychiatrische Anstalt, nicht aber durch Besuche im Untersuchungsgefängnis. Es bedarf dann einer genauen Durchforschung der Heredität und des gesamten Vorlebens, einer sorgfältigen Untersuchung des Nervenapparates, eingehender Prüfung der Intelligenz, Beobachtung des Verhaltens im Schlafe usw. Eventuell kommen auch Alkoholversuche in Betracht, deren Be-

deutung für die Diagnose einer larvierten Epilepsie noch lange nicht genügend gewürdigt wird.

Für die Beurteilung der Delikte seitens epileptischer Personen kommen folgende Gesichtspunkte in Betracht:

1. In anfallsfreien Zeiten muß der in seiner Intelligenz nicht reduzierte Epileptiker als strafrechtlich verantwortlich gelten.

2. Wer von Anfang an infolge früh auftretender Epilepsie in seiner geistigen Entwicklung zurückblieb, oder wer nachweislich nach anfänglich guter Entwicklung der geistigen Fähigkeiten infolge Erkrankung an Epilepsie auf dem Gebiete der Intelligenz eine Einbuße erfuhr, muß streng individualisierend nach dem Grade der vorhandenen geistigen Schwäche beurteilt werden.

3. Läßt sich bei einem epileptischen Täter eine Summe von Intelligenz nachweisen, angesichts derer man ihn nicht schwachsinnig nennen kann, und ist für den Moment der Straftat weder ein Dämmerzustand, noch ein psychischer Ausnahmezustand nachzuweisen oder wahrscheinlich, so müssen doch bei einer Strafzumessung die bei der Tat eventuell mitwirkenden spezifischen Charaktereigenschaften mildernd die richterliche Auffassung beeinflussen. Auch der Umstand, daß indirekt die Epilepsie zur Gesetzesübertretung geführt haben kann (s. oben), will berücksichtigt sein (z. B. Diebstahl, Bettel des arbeitswilligen, aber infolge des Leidens keine Arbeit findenden Epileptikers).

4. Ging dem Affektverbrechen eines Epileptikers eine früher im Affekt ausgestoßene Drohung mit dem Verbrechen voran, so darf daraus nicht hergeleitet werden, daß die betreffende Gewalttat mit Vorsatz begangen wurde.

5. In Dämmerzuständen und Äquivalenten ist der Epileptiker dem Geisteskranken gleich zu achten und untersteht dem Schutze des § 51 Str.G.B.

6. Auch ohne daß typische Anfälle nachgewiesen sind, muß der Richter die Diagnose einer Epilepsie anerkennen, vorausgesetzt, daß sie sonst ärztlicherseits eingehend begründet wird.

7. Auch Handlungen, für welche das Erinnerungsvermögen nicht völlig aufgehoben ist, können auf epileptischer Basis entstanden sein bzw. der Nachweis, daß Erinnerung an einzelne Tatmomente besteht, spricht nicht gegen Epilepsie.

VIII. Die strafrechtliche Bedeutung der Hysterie.

Hysterie (Psychogenie, Sommer), ist eine Neurose, deren Name aus der Terminologie des Arztes in den Wortschatz der Laien hinübergenommen ist, welche damit zumeist recht korrekturbedürftige Begriffe

verbinden. Der großen Menge gilt der Name identisch mit sexuell begehrlich, lügenhaft, verleumderisch, eigensinnig, exaltiert, sensationslüstern, launisch, boshaft usw. Die Eigenschaften des Hysterikers werden ihm zum Vorwurf gemacht, es wird wohl gar Mangel an Selbstzucht und gutem Willen in ihnen erblickt und demgemäß die Behandlung eingerichtet. Von dieser Auffassung der Hysterie und von der Neigung, ihren Trägern nach den Regeln der Normalpsychologie entgegenzutreten, muß auch der Jurist sich frei machen.

Es handelt sich um Funktionsstörungen auf nervösem Gebiete, entweder infolge angeborener Anlage oder erworben durch äußere Momente (Kopfverletzungen, schwere Krankheiten, welche den Organismus schwächten, psychische Traumen wie Schreck, Angst usw.). Das gesamte Nervensystem befindet sich in einem Zustand erhöhter Reizbarkeit; Gefühl und Phantasie prävalieren im Geistesleben unverhältnismäßig vor anderen seelischen Eigenschaften; der Affekt spielt eine große Rolle; Vorstellungen können eine solche Macht über das Individuum erlangen, daß sie körperliche Funktionen beeinflussen (z. B. Lähmungen oder Spannungszustände der Muskulatur herbeiführen); die Beeinflußbarkeit ist eine gegen die Norm gesteigerte, so daß eine Vorstellung genügen kann, um sofort einen Umschwung der Stimmung ins Extrem zu veranlassen.

Wie bei der Epilepsie so treten auch bei der Hysterie auf nervösem Gebiete Erscheinungen hervor, deren Nachweis auch für den Richter Bedeutung hat, da in ihnen der Beweis für die Richtigkeit der Diagnose liegt. Der Arzt, welcher im Forum jemanden als Hysteriker bezeichnet, tut dies auf Grund wichtiger körperlicher Indizien hin, welche eben deutlich zeigen, daß es sich um ein anormales Individuum handelt. Diese körperlichen Symptome sind: Angaben über eigentümliche Sensationen im Halse (sog. Globusgefühl), Reflexsteigerungen bis zum Auftreten von Krämpfen im Anschluß an Druckwirkung auf einzelne Körperstellen (hysterogene Zonen), Störungen des Gefühls im Sinne der Herabminderung oder Vermehrung oder völliger Aufhebung in bestimmten Hautbezirken, vorübergehende Lähmungserscheinungen (z. B. der Stimme) usw. Alle diese Symptome faßt man unter der Bezeichnung „Stigmata“ zusammen.

Der eigentliche Anfall unterscheidet sich vom epileptischen zumeist wesentlich dadurch, daß das Bewußtsein erhalten bleibt; auf der Höhe des Anfalles waltet noch eine unverkennbare Vorsicht; Zungenverletzungen unwillkürlicher Abgang der Exkremente fehlen. Indessen kann in immerhin aber seltenen Fällen sogar dem Facharzt die Entscheidung, ob es sich um Epilepsie oder Hysterie handelt, schwierig werden.

Hysterische Zustände mit konvulsivischem Weinen und Schluchzen zu beobachten, wird der Untersuchungsrichter nicht selten Gelegenheit

haben, seltener dagegen wohl den Effekt exzessiv freudiger Erregung (Lachkrämpfe). Er muß wissen, daß Teilnahme, Tröstungs- und Beruhigungsversuche zumeist nur steigernd wirken. Bei richtigem Verständnis für das Abnorme dieser Zustände, deren Auftreten in der Konstitution seine Erklärung findet, wird er auch nicht in den Fehler verfallen, mit Rüge oder Strafandrohung dagegen vorzugehen.

Aus den drei Eigenschaften der gesteigerten Erreglichkeit, der erhöhten Tätigkeit der Phantasie und der Beeinflußbarkeit lassen sich alle charakteristischen Züge der Hysterischen herleiten.

Aus der gesteigerten Erreglichkeit erklärt sich zunächst die *Exaltiertheit*. Minimale Anlässe lösen Affektstürme aus, die ebenso schnell wieder schwinden und dem andren Extrem Raum geben. Geringe körperliche Indispositionen wecken äußerste Befürchtungen, so daß der Eindruck der *Übertreibung* entsteht, und die unzeitige Anteilnahme einer unkritischen Umgebung steigert das subjektive Krankheitsgefühl noch. So kann der Anschein schwerer körperlicher Erkrankung hervorgerufen werden, bis ein einmaliges energisches Durchbrechen des krankhaft veränderten Vorstellungslebens wie durch ein Wunder die Heilung herbeiführt. — Das *Milieu*, in dem die Hysterischen aufwachsen, beeinflußt ihre Entwicklung stark. An übermäßige Teilnahme und Sorge gewöhnt, dressieren sie sich gradezu zur Selbstbeobachtung ihrer körperlichen Vorgänge, beanspruchen übermäßige Beachtung und fühlen sich berechtigt, den Mittelpunkt des Interesses zu bilden. Das *Bedürfnis, beachtet zu werden*, wird ihnen zur zweiten Natur, und ihre Sensationslüsternheit führt nicht selten zu fingierten und oft absurden Handlungen (hysterische Fiktionen sexueller Attentate, Beraubungen usw.)

Infolge der *gesteigerten Phantasietätigkeit* wird sofort Erlebtes und Geschautes weitergesponnen, Tatsächliches und Kombiniertes werden vermischt, die Eindrücke aus verschiedenen Zeitpunkten miteinander vermengt. So *kann* es kommen, daß Hysterische völlig unfähig zur objektiven Wiedergabe von Beobachtungen werden und auf Grund ihrer eigentümlichen Geistesbeschaffenheit bona fide die Unwahrheit berichten. Doch ist daran festzuhalten, daß „hysterisch“ nicht immer mit „unwahr und zur phantastischen Entstellung neigend“ identisch gesetzt werden darf, da es Hysteriker gibt, welche Verstand und Urteilsfähigkeit genug besitzen, um Selbstkorrektur üben und die Klippen, zu denen ihre abnorme Kombinationskraft sie so leicht führt, meiden zu können.

Auch auf dem Boden der Hysterie kann es zum Ausbruch *länger dauernder Psychosen* vom Bilde der Melancholie, Manie oder auch der Verrücktheit kommen, die in relative Genesung auslaufen. Auch

werden *Zustände traumhaft veränderten Bewußtseins* beobachtet, Dämmerzustände.

Wie die Epilepsie, so führt auch die Hysterie oft im Laufe der Zeit zu einer *Ummodelung der ganzen Persönlichkeit in degenerativem Sinne*. Ethische Defekte setzen ein, ein egozentrisches Sensationsbedürfnis beherrscht die Lebensführung, was um so gefährlicher sein kann, wenn die betr. Persönlichkeit etwas Gewinnendes in ihrem Äußeren hat (*Faszination*) und wenn sie dazu noch über eine *gute Dialektik* verfügt. So kommt zur unbewußten Unfähigkeit zur objektiven Wiedergabe noch die aus Intrigenlust und dem Wunsche, aufzufallen, herzuleitende *bewußte* Lüge und Entstellung hinzu, und die Persönlichkeit kann geradezu gemeingefährlich werden, obwohl sie gerade keine Gewalttaten begeht oder jemals begehen wird. Nicht selten sind jene Hysteriker, die über ihre Person, ihre Beziehungen, Herkunft, Vermögensverhältnisse usw. förmlich einen Roman zu berichten wissen, dessen Einzelheiten sich im Rahmen des immerhin Möglichen halten, so daß unkritische Köpfe sie leicht für bare Münze nehmen (pathologische Schwindler, phantastische Pseudologie.).

Die *Beziehungen zum Strafrecht* ergeben sich leicht aus den spezifischen Eigenschaften. Die leichte Erreglichkeit prädisponiert zum *Affektverbrechen*, die Steigerung der Phantasietätigkeit kann zur *Falschaussage* führen. Der degenerierte Hysteriker wird gelegentlich des *groben Unfugs* oder der *Verleumdung* und *Beleidigung* angeklagt, wenn er aus Sensationslust unzutreffende Behauptungen über Verbrechen und Vergehen an sich selbst aufstellte und so die Öffentlichkeit unnötig in Anfregung versetzte. *Jeder Art von Verbrechen* kann man bei den Vertretern dieser Veranlagung begegnen, jede unsoziale Handlung kann gelegentlich einen *hysterischen* Kern besitzen oder aus spezifisch hysterischer Charakterveranlagung resultieren. In gewissem Sinne *Lieblingsdelikte* sind *Betrug* und *falsche Anschuldigung*.

Wie der Epileptiker, so fällt auch der Hysteriker *nicht ohne weiteres* unter den § 51 des Strafgesetzbuches, sondern es kommt auf den Grad der Stärke an, in welchem im Einzelfalle die Neurose besteht. Personen mit *leichten* körperlichen Symptomen nervöser Schwäche, welche eine gegen die Norm erhöhte Erreglichkeit besitzen, sich leicht beeinflussen und die Reproduktionstreue vermissen lassen, dabei aber eine normale Intelligenz aufweisen, können *nicht* den Anspruch, als unzurechnungsfähig zu gelten, erheben. Immerhin mag der Nachweis hysterischer Veranlagung bei Affekthandlungen zur *milderen* Beurteilung bestimmen, zumal wenn vielleicht außerdem die ohnehin schon bestehende psychische Labilität durch Alkoholeinfluß noch vermehrt wurde. — Läßt sich beweisen, daß hinter einem zunächst

auf ehrlose Gesinnung schließen lassenden Verbrechen eine aus hysterischem Affekt erklärliche Triebfeder zu suchen ist (z. B. Diebstahl aus Neid von Gegenständen, deren widerrechtliche Wegnahme nicht mit dem Erlangen eines Vermögensvorteils verknüpft ist), so wird dies ebenfalls einen Einfluß auf die Strafe haben müssen.

Auch bei ausgesprochen hysterischer Beschaffenheit und deutlichen Zügen hysterischer Degeneration sind die Bedingungen des § 51 nicht unbedingt als erfüllt anzusehen. In vielen Fällen vermag hier eine Freiheitsentziehung doch im Sinne einer Verstärkung der Hemmungen zu wirken. — Zu erwägen ist stets, daß der Einfluß der Untersuchungshaft und auch der des Strafvollzuges bei hysterisch Veranlagten ein äußerst ungünstiger sein kann, insofern als es oft zur Entwicklung transitorischer Störungen (Depression, Erregungszustände) kommt. in welchen dann zweifellos alle Bedingungen des § 51 erfüllt sind, ohne daß indessen der Zustand der Unzurechnungsfähigkeit bis zur Zeit der Tat zurückdatiert werden darf. Solche Fälle können dem Untersuchungsrichter große Schwierigkeiten bereiten, da oft die Wiederaufnahme eines wegen des Auftretens von Geistesstörung zunächst sistierten Verfahrens sofort neue Symptome zeitigt und abermals Verhandlungsunfähigkeit herbeiführt.

Handelt es sich um weibliche Personen mit starken hysterischen Zügen, deren generelle Unterstellung unter den § 51 nicht angängig erscheint, so ist in jedem Einzelfalle sorgfältig zu erwägen, ob nicht außer der hysterischen Anlage auch noch zur Zeit der Tat bestehende physiologische Ausnahmezustände (Schwangerschaft, Menses Säugegeschäft, Klimakterium) exkulpierend in Betracht kommen. Daß auch hier ein vorangegangener Alkoholgenuß eine ganz andre Rolle spielt, wie bei einem Menschen mit gesundem Nervensystem, liegt auf der Hand.

Straftaten, begangen durch Hysterische im Dämmerzustand oder in transitorischen Geistesstörungen, scheiden naturgemäß aus der strafrechtlichen Betrachtung aus.

Große Schwierigkeiten kann die Beurteilung jener Schwindler und Hochstapler bereiten, bei denen hysterische Züge in die Erscheinung treten. Ihre Unwahrheiten lassen sich bei genauerer Analyse oft in bewußte Zwecklügen aus dem Motiv, Vorteile zu erlangen, scheiden und in Erfindungen, die in das Gebiet der Wahnbildung hinübergreifen. Die Unfähigkeit, Eindrücke des Traumes, der Lektüre von denjenigen des realen Lebens zu unterscheiden, kann zu einer Verfälschung der Vorstellungen über die eigene Persönlichkeit führen. In solchen Fällen wird sorgsame Durchmusterung des gesamten Lebensweges oft den Nachweis zu erbringen vermögen, daß das psychopathologische Moment vor dem kriminellen prävaliert. Damit ist der Weg, den die Beurteilung solcher Persönlichkeiten einzuschlagen hat, gegeben, sie sind ein Objekt

der Psychiatrie, nicht des Strafrechts und dementsprechend zu versorgen. Sehr oft ergibt die Anamnese in solchen Fällen starke Heredität und eine von der allerersten Jugend an abnorm verlaufene Entwicklung. Immerhin darf der Strafrichter aber verlangen, daß das Pathologische der Persönlichkeit auf das eingehendste bewiesen wird. Phantastische Erfindungen und Schwindeleien müssen zwar bestimmen, in eine sorgfältige Prüfung des Geisteszustandes eines Angeklagten einzutreten, sie sind aber an sich nicht vorschnell mit hysterischer Veranlagung identisch zu setzen.

Zu betonen ist noch, daß gelegentlich hinter den Symptomen der Hysterie ein angeborener Schwachsinn versteckt ist, der dann bei strafrechtlichen Verwicklungen als Hauptargument für den Nachweis der Unzurechnungsfähigkeit in Frage kommt, vorausgesetzt, daß überhaupt der Grad desselben die Unterstellung unter den § 51 rechtfertigt.

* * *

Herr Professor W. Mittermaier[1]) sprach in einer Reihe von Vorträgen:

Über die Grundlagen des Strafrechts.

I.

Lebhaft wie immer streitet man sich über die Grundlagen des Strafrechtes; dabei finden wir alle Schattierungen der Ansichten von denen der radikalsten Klassiker bis zu den einseitigsten Modernen. Aber wir müssen die Gegensätze überwinden, — nicht in einem äußerlichen Kompromiß, sondern innerlich, — und das ist wohl möglich! Jedenfalls ist eine feste, in sich einheitliche Ansicht nötig für den Gesetzgeber. Die Grundansicht muß sich aber, da sie ein soziales Gebiet betrifft, den sozialen Verhältnissen anpassen, kann also nicht eine für alle Zeiten gleich richtige sein.

II.

Die Strafe ist heute sicher Reaktion gegen eine Tat und als solche Vergeltung. Darüber kommen wir nicht weg: der Ausbau der Gesetze beweist das. Aber der Begriff Vergeltung ist nicht klar gestellt; einseitig nennt man sie Sühne, Ausgleichung, Rache, Generalprävention. In Wahrheit ist sie ein soziales Zweckmittel zur Aufrechterhaltung der Autorität des durch die Tat erschütterten Rechts gegenüber Täter und Allgemeinheit. Als solche hat sie sich auch im allgemeinen bewährt. —

[1]) Die Vorträge werden ausführlich im Frühjahr 1908 im Verlag von Töpelmann in Gießen erscheinen.

III.

Aber die radikalen *Modernen* verlangen ihre Abschaffung, da die Reaktion gegen die Tat verkehrt sei, und man einfach die in dem Charakter eines Menschen liegende Gefahr zu beseitigen trachten müsse. — Diese Rücksicht auf die psychologische Eigenart des Täters ist auch voll berechtigt. Die Klassiker vernachlässigen diese Seite, d. h. die Spezialprävention. Allerdings können sie den modernen Gedanken nicht ganz abweisen. Das Leben ist ihm auch stets gerecht geworden: im Strafmaß, (z. B. bei den Jugendlichen, den Rückfälligen, bei der tätigen Reue,) im Strafvollzuge noch mehr. Nur systematisch wird das nicht ausgebaut. Die Klassiker wollen aber die Berechtigung sogen. sichernder Maßnahmen als Prävention gegen Gefahren der Gesinnung annehmen. —

Der *Gegensatz der zwei Richtungen* liegt nun wesentlich darin, daß die Klassiker an die Tat anknüpfend gegen diese eine Reaktion wollen, die Modernen höchstens die Tat als Beweismittel ansehend und rein die allgemeine psychologische Eigenart der Person berücksichtigen wollen. Damit gehen diese das Schuldprinzip auf und können nicht mehr von Strafe reden. So radikal freilich denken nicht alle! — Die moderne auf die Erfahrungen der Psychologie und Statistik aufgebaute Arbeitsmethode sowie der Gedanke, daß man ein einheitliches System der verschiedensten Mittel zur Bekämpfung des Verbrechens aufstellen müsse, das kann so wenig einen Gegensatz der Richtungen kennzeichnen, wie etwa die Frage der Willensfreiheit.

IV.

Ich erkläre die Strafe als Vergeltung für notwendig. Die Tat muß wegen ihrer Erschütterung des sozialen Lebens und wegen ihrer symptomatischen Bedeutung ideell unterdrückt werden. Das lehrt die Erfahrung. Die Gesinnung allein zu bekämpfen, ist nicht Aufgabe des Rechtes. Der Gedanke der Generalprävention und der Genugtuung sind *nicht* nebensächlich. Daher muß auch die Strafe das Äußere der Tat und die Verschiedenheit der Tatbestände berücksichtigen. — Aber die Vergeltung will für die Zukunft wirken und an den Geist appellieren. Daher kann sie nur Taten berücksichtigen, die jemand vermeiden kann, d. h. die schuldhaften. Hiermit wird die Strafe dem überaus wichtigen Faktor der sittlichen Verantwortung gerecht, den die Modernen ganz beiseite lassen; und sie kann auch die Eigenart des Charakters berücksichtigen, denn die Schuld ist im Charakter begründet. Ja sie kann sogar viel besser die Gesinnung beachten, als die Modernen, da sie derselben in der Schuldfrage genauer nachgeht. Soweit sie aber dem Charakter des Täters nicht gerecht wird, und etwa Gefahren in diesem übrig bleiben, müssen sichernde Maßnahmen neben ihr eingreifen. —

Charakter, Gesinnung des Menschen, die hier berücksichtigt werden soll, ist nicht die ganz allgemeine Gesinnung, sondern die Rechtsgesinnung, die Stellung des Menschen zur Rechtsordnung, an deren festem Aufbau die Modernen sehr wohl festhalten müssen. Diese Gesinnung ist die Masse der sozialen Vorstellungen, die der Mensch in sich aufnahm, und die bei jeder Handlung mitspricht. Sie kann stark oder schwach, groß oder klein sein; sie kann einheitlich sich auf die Erhaltung der Rechtsordnung beziehen oder verschwommen sein, oder umgekehrt ihr Ziel direkt entgegen der Rechtsordnung suchen. — Dieser Charakter, den die Klassiker ja auch berücksichtigen, läßt sich mit psychologischen Mitteln, mit psychiatrischen Untersuchungen und sehr gut auch aus den Taten und deren Motiven erkennen. Eine absolute Klarstellung wird so wenig gelingen, wie heute dem Strafrichter die Erkenntnis der Schuld; es genügt aber auch die Feststellung der allgemeinen Charakterrichtung. —

Der Gedanke, den z. B. Aschaffenburg vertritt, daß man eine „soziale Verantwortung“ ohne jede Schuld, also auch des Geisteskranken aufstellen müsse, ist abzuweisen; er wird den Erscheinungen des Lebens, eben der Bedeutung der Tat und der Schuld nicht gerecht; übrigens ist er auch bei Aschaffenburg keineswegs klar gedacht: warum spricht er von Reaktion gegen eine Tat, warum von dem Gefühl der Verantwortung, das in uns lebe? Für seine Theorie sind das wesenlose Begriffe. —

V.

Grundlage der Schuld ist die Zurechnungsfähigkeit, an der wir also festhalten müssen, während die radikalen Modernen sie bekämpfen. Sie ist der Zustand des normal psychologisch arbeitenden und mit genügend sozialen Vorstellungen ausgestatteten Menschen, der danach Herr seiner sozialen Taten ist. Nur er kann seine Taten vermeiden, also schuldhaft handeln. Unpraktisch ist es, diese Fähigkeit in der Empfänglichkeit für die Strafe zu sehen; denn da sie zur Zeit der Tat vorhanden sein muß, so wird man sie richtiger nach dem Verständnis für diese berechnen. — Zu eng nennt sie v. Liszt „normale Determinierbarkeit“, denn er beachtet nicht die sittliche Reife dabei. — Eine solche Gruppierung nun werden wir nie vermeiden können: die Modernen streben ja auch eine an, und bei dieser wird sicher eine Gruppe der normalen sozialreifen Menschen herauskommen. —

Unmöglich ist es, das Maß der Normalität und Reife anders als formal festzustellen. Was für beides sachlich zu verlangen ist, kann man nur schätzungsweise angeben. Der Gesetzgeber pflegt zu schweigen; wenn er z. B. „Willensfreiheit“ verlangt, so ist das nur eine Umschreibung. Wenn er aber wenigstens formell die Faktoren der Zu-

rechnungsfähigkeit angibt, so tut er recht, denn er weist damit den Richter an, beide selbständig zu prüfen und dies nicht dem Mediziner zu überlassen. Jedenfalls ist die Höhe der Reife verschieden für verschiedene Zeiten und Kulturen, auch für verschiedene Taten. Wir dürfen nur das Mindestmaß der Reife verlangen, nicht etwa den jedenfalls höher liegenden Durchschnitt aller normalen Erwachsenen. —

Auf zwei Gebieten wird die Frage der Zurechnungsfähigkeit heute lebhaft verhandelt: für die Jugendlichen und die sogen. vermindert Zurechnungsfähigen, die Minderwertigen, d. h. diejenigen, die infolge Krankheit nicht nur vorübergehend in der Beherrschung ihrer Taten erheblich gehemmt sind. Es ist interessant zu beobachten, daß bei diesen Gruppen auch die Klassiker eine weitgehende Rücksicht auf die psychologische Eigenart der Person zulassen; aber bei den Jugendlichen ohne Bedenken, bei den Minderwertigen mit etwas Widerstreben. Birkmeyer sogar, einer der radikalsten Klassiker, widerspricht jeder Anerkennung der zweiten Gruppe, da er wohl merkt, daß damit ein ihm unerwünschter Fortschritt gemacht, der Rubikon zu den Modernen überschritten wird, wie van Hamel in Holland sagt. Er fürchtet eine zu grose Einwirkung der Mediziner; er glaubt, das System der mildernden Umstände helfe genügend aus. Bei den Jugendlichen widerstrebt er jeder Hinaufsetzung des Mündigkeitsalters auf 14 Jahr, da er die „Frühreife" der Kinder fürchtet, — als ob diese nicht längst von den Psychiatern als Beweis krankhafter Anormalität erwiesen sei! Er steht auch so ziemlich allein. — Es ist auch für den Vergeltungsgedanken völlig richtig, bei nicht erlangter Reife oder Normalität geringere Widerstandskraft anzunehmen und daher die Schuld als gemindert zu erklären. Aber es ist durchaus äußerlich gedacht, wenn nun einfach die Strafe im Maße herabgesetzt, statt daß sie zugleich besonders ausgestaltet wird. Allerdings darf sie nicht schwerer werden; soweit eine weitergehende Behandlung oder Sicherung der Minderwertigen nötig ist, muß sie neben der Strafe erfolgen. —

Es ist auch interessant zu beobachten, daß manche den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit einfach wegen seiner Unlogik verwerfen, — als ob deswegen diese Menschen aufhörten, tatsächlich zu existieren; andere rechnen sie alle zu den Anormalen und damit Zurechnungsunfähigen; das geht zu weit und wird ihrer Eigenart nicht gerecht. Die von der Mehrzahl heute vorgeschlagene Gruppierung in der Mitte beweist den Fortschritt, indem sie eine feinere Ausgestaltung der Klassen dartut. Daß die Einteilung aufgebaut ist auf die Fähigkeit, die Strafwirkung zu erfassen, ist auch ein Fortschritt nach der modernen Seite. So zeigt sich hier die Annäherung und die Möglichkeit der Vereinigung am klarsten. —

VI.

Die größten Gegensätze sind bei der Schuldfrage zu finden. Hier sind sie auch nicht zu überwinden. Da wir aber dem Schuldprinzip anhängen, so müssen wir suchen, den berechtigten Forderungen der Modernen, so gut es geht, entgegenzukommen. Das ist auch möglich. Aber bisher haben es die Klassiker meist abgelehnt; erst das moderne, psychologisch und deterministisch gebildete Denken hat es verstanden, die Momente zur Bestimmung der Schuldgröße richtiger und besser zu finden, und die Rücksicht auf die gesamte psychologische Eigenart der Person systematischer zu verwerten, was die Klassiker einseitig nur bei den sichernden Maßnahmen tun. Gerade in der Person selbst liegt mehr Anhalt für das Maß der Schuld, als in den äußeren Umständen. — Der moderne Gedanke einer Bekämpfung nur der in der Gesinnung liegenden Gefahr ist zu einseitig; er wird der symptomatischen Bedeutung der Taten nicht gerecht. Er vergißt, daß man nur an diesen die rechtliche Gesinnung bestimmt messen kann. Er würde daher nie rein durchzuführen sein, sondern wieder in klassische Bahnen einlenken müssen. —

Aber gibt es überhaupt eine Schuld? d. h. eine vermeidbare Pflichtwidrigkeit? Diese kann doch nur bei Beherrschbarkeit der Taten, d. h. bei Willensfreiheit bestehen. Daher sagen die klassischen Indeterministen, daß die modernen Deterministen nie dem klassischen Gedanken gerecht werden könnten; und auch viele Moderne sagen, eben deswegen sei eine auf Schuld aufgebaute Strafe nie denkbar. Ist Schuld deterministisch erklärbar? Viele sagen ja! Und ich glaube es auch; freilich nicht mit dem Gedanken einer metaphysischen Freiheit, sondern sie muß völlig deterministisch zu belegen sein. Das ist nun nicht so denkbar, daß für den Einzelfall die Notwendigkeit aufgehoben wird, sondern nur so, daß wir eine sogen. sittliche, objektive Freiheit annehmen. Jeder Angehörige unserer Kultur, der normal ist, nimmt nach der Erfahrung notwendig einen so großen Komplex sozialer Vorstellungen auf, daß er damit in normalen Fällen dem Rechte nachkommen kann. Dieser Vorstellungskreis wird durch Selbstbildung erweitert und gekräftigt; diese Kraft liegt in jedem Menschen. Wenn nun im einzelnen Fall dieser Komplex sich als unzureichend erwies, so können wir dem Täter vorhalten, daß er entsprechend der objektiven Möglichkeit besser handeln könnte. Nur in dieser Weise ist eine Schuld konstruierbar. Ebenso wird sich bei der Reue der Mensch zwar der Notwendigkeit der begangenen Tat bewußt, aber auch der Möglichkeit, in solchen Fällen allgemein besser zu handeln. Damit drängt die Reue den Menschen zur Besserung, d. h. zur Kräftigung seiner sittlichen Vorstellungen. Ebenso muß die Strafe vorgehen. Diese deterministische Begründung der Schuld muß auch den Indeterministen genügen; denn

da über die zwei Anschauungen eine Einigung unmöglich, so muß die beiden jedenfalls passende angenommen werden, sofern sie genügt. —

Die letzte Frage ist nun die, wie sich in der Schuld der Anteil des Täters erkennen läßt. — Für die Schuldgröße sind maßgehend einmal die Größe des Pflichtobjektes; denn je größer dasselbe, um so entschiedener muß die Beherrschung verlangt werden. Sodann die Beeinflussungen der Willensbildung durch physiologisch erkennbar wirkende Faktoren: je stärker die Hemmungen, um so geringer die Schuld. — Wesentlich aber ist das Verhältnis des Charakters zu dem Tatmotiv zu beachten. Ist das Motiv ein schwaches, und trotzdem die Tat begangen, dann ist offenbar der Charakter das ausschlaggebende gewesen. Ist aber das Motiv ein mächtiges, dann wird es auch einen starken Charakter beeinflussen können; die Tat stammt weniger aus diesem. Allerdings ist dabei auch noch zu prüfen, ob das Motiv dem Charakter homogen ist: wenn das der Fall, dann darf seine Stärke weniger in Betracht gezogen werden, da es offenbar auch bei schwacher Betonung gewirkt hätte. — So haben wir die Grundlagen bestimmt, die für die Willensbildung und damit die Schuldgröße maßgehend sind. Unter ihnen ist das Motiv von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Aber es wird kaum möglich sein, die Motive in bestimmte Kategorien einzuteilen und nach diesen die Schuldgröße zu bestimmen, da je nach den Verhältnissen der Tat dasselbe Motiv verschiedenen Wert haben kann. —

So kann man vom klassischen Grundgedanken ausgehend zu einer ganz der modernen Richtung entsprechenden Ausbildung des Strafrechtes gelangen. Ja, in der Beachtung des Schuldgedankens ist die klassische Richtung der modernen überlegen. —

Die Ausführungen von Professor Sommer beruhten im wesentlichen auf den von ihm früher veröffentlichten Schriften, nämlich I. Diagnostik der Geisteskrankheiten 1894, II. Auflage 1901; II. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden 1899; III. Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie auf naturwissenschaftlicher Grundlage 1904; IV. Familienforschung und Vererbungslehre 1907. Der Inhalt kann hier nur in Stichworten unter Hinweis auf die betreffenden Stellen in den genannten Büchern (I—IV) angedeutet werden.

1. Das Problem des Ausdrucks psychischer Zustände. Der Ausdruck in morphologischen und motorischen Formen. Lavater. Gall. Untersuchung von Anlage, äußerem Reiz und Reaktion im Gebiete der normalen Psychologie, Psychopathologie und Kriminalpsychologie. (Vgl. I 13, 17, 19. II. 22—139. III. Vorwort IX—XI S. 44, 54 u. a.)

2. Das Verhältnis von psychischen Abnormitäten und morphologischen Abnormitäten im Gebiete des angeborenen Schwachsinns und der endogenen Psychosen. (I. 15 u. f., 195—227, 367—76. III. 175 u. f.)

3. Die angeborene Anlage. Lombrosos Theorie vom geborenen Verbrecher. Kriminalpsychologie und Familienforschung. (I. 66—76. III. 306—322. IV. 27—32, 46—55.)

4. Der Ausdruck psychischer Zustände in Form von Bewegungen. Die strafrechtliche Handlung als Form der Ausdrucksbewegung. Untersuchung der Ausdrucksbewegungen. (I. 35—60, 104—07. II. 22—139. III. 13—76, IV. 32—45.)

5. Analyse der Ausdrucksbewegungen im Gebiete der Epilepsie und des Alkoholismus sowie der Hysterie. (III. 29—116. IV. 32—45.)

6. Psychologie der Aussage und Tatbestandsdiagnostik. (I. 60—63. II. 1. III. 353 u. f.)

Im Anschluß hieran wurden Experimente über Auffassung und Erinnerung nach Exposition von Bildern (mit dem Projektionsapparat) vorgenommen.

* * *

Professor Aschaffenburg behandelte in acht Vorträgen folgende Themata:

1. Die soziale Bedeutung des Verbrechens.

Erörterung der Notwendigkeit der Betrachtung des Verbrechens als einer vom Leben der Gesellschaft unzertrennbaren Erscheinung. Umfang des Verbrechertums, fortschreitende Zunahme besonders der jugendlichen Verbrecher. Höhe der Kriegskosten. Wesen der Statistik und die Fehlerquellen. Abhängigkeit der Verbrechen von Jahreszeiten, Abnahme der Leidenschaftsverbrechen und Roheitsverbrechen im Winter, Zunahme im Sommer. Bei den Sittlichkeitsverbrechen weist der Zusammenhang mit ähnlichen Erscheinungen (Selbstmord und Konzeptionszeiten auch innerhalb der Ehe) auf eine tiefere Ursache hin, die Vortragender als ein Analogon der Brunst ansieht, da die Temperaturverhältnisse und die Gelegenheitssteigerung im Sommer zeitlich mit der Kurve der Sittlichkeitsverbrechen auseinanderfallen. Diese Ursachen stehen dagegen in engem Zusammenhang mit der Kurve der Körperverletzungen.

Umgekehrt verlaufen die Eigentumsverbrechen, die ihr Maximum im Winter, ihr Minimum im Sommer zeigen.

Die Rassenfrage ist noch nicht endgültig klar, die Unterschiede zwischen der Kriminalität der verschiedenen Konfessionen liegen auf sozialem Gebiete, nicht innerhalb der Unterschiede der Konfession.

Die Bedeutung des Berufes für die Entstehung von Verbrechen ist erst wenig studiert. Es fehlt vorläufig noch an der Statistik der Kriminalität bestimmter einheitlicher Berufsarten.

Bei den Volkssitten ist vor allem der Alkohol zu erwähnen. Der starke Anteil der Betrunkenen bei Körperverletzungen und Sittlichkeits-

verbrechen, der geringe bei Diebstahl und Betrug weisen auf die Art der Gefährdung durch den Trunk hin. Das spezifische Delikt des Alkoholisten ist die gefährliche Körperverletzung. Die starke Anhäufung dieses Deliktes an Sonn- und Feiertagen, sowie Samstags und Montags, sowie der Ort der Körperverletzungen, ferner die Tatsache, daß dieses Verbrechen häufiger von Nichtvorbestraften begangen wird, beweist die Gefährlichkeit der Betrunkenheit gegenüber der Trunksucht. — In der Prostitutionsfrage steht Vortragender auf seiten derer, die für die Bordelle eintreten.

Diebstahl und Unterschlagung sind abhängig von der wirtschaftlichen Lage des Volkes. Die Lebensmittelkurve und die Diebstahlskurve verlaufen parallel. Für den Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Lage und der Begehung von Diebstählen spricht auch die Jahreskurve. Der Zusammenhang ist kein mechanischer; der Begriff der Not muß viel weiter gefaßt werden.

2. Individuelle Ursachen des Verbrechens.

Vererbung und Erziehung. Vortragender hält in beiden Fällen die Beispiele für viel verderblicher als die angeborenen Eigenschaften. Die Erhöhung der Bildung allein bleibt ohne Einfluß auf die kriminelle Neigung.

Die Kriminalität der Frauen unterscheidet sich in Art und Zahl erheblich von der der Männer. Neben den körperlichen Eigenschaften muß zur Erklärung die ganze Lebensweise der Frau, insbesondere ihr Fernbleiben von der Kneipe, mit herangezogen werden.

Von besonderer Wichtigkeit ist der Anteil der verschiedenen Altersstufen an den Verbrechen, darunter insbesondere die Kriminalität der Jugendlichen. Sie zeigt, daß der Gesichtspunkt unseres Strafrechtes, die Strafbarkeit von der Verstandesreife abhängig zu machen, unrichtig ist; auch die Altersgrenzen sind nicht richtig gewählt.

3. Die Psychologie des Verbrechers.

Die große Masse der Verbrecher ist minderwertig, intellektuell und durch allerhand körperliche und geistige Defekte. Aber es gibt keine spezifische Eigenschaften, die den Verbrecher als eine eigenartige Menschenklasse aufzufassen berechtigen. Auch psychologisch unterscheiden sich die Verbrecher nicht prinzipiell von anderen Menschen. Die Neigung zu Tätowierungen faßt Vortragender als eine Gewohnheit der Kreise, aus denen die Verbrecher stammen, die Gaunersprache des Verbrechers als eine Berufssprache auf.

Zahlreich sind bei den Verbrechern die Fälle von geistiger Störung innerhalb der Gefängnisse, die größtenteils nicht rechtzeitig erkannt

worden sind, noch zahlreicher die Defektmenschen mit angeborener geistiger Schwäche, mit epileptischen, hysterischen und degenerativen Zügen.

Die Verbrecher bilden keine, nach der Straftat erkennbare, psychologische Gruppen, doch lassen sich z. B. die Bettler und Landstreicher, denen die Dirnen psychologisch entsprechen, einheitlich auffassen. Man tut Unrecht, wenn man sie als arbeitsscheu bezeichnet; die meisten sind unter Arbeitszwang sogar sehr fleißig. Sie leiden durchweg an einer Unzulänglichkeit der Initiative. Im großen Ganzen sind sie harmlos und gutmütig.

4. Der Kampf gegen das Verbrechen.

Wie die Rückfallstatistik zeigt, ist die Zahl der Unverbesserlichen überaus groß. Sie sind nicht, wie Lombroso meint, als Verbrecher, sondern unter den heutigen Verhältnissen zum Verbrechen geboren. Die Verbrechen kommen zustande durch das Zusammenwirken sozialer und individueller Faktoren. Je stärker die sozialen Ursachen, um so harmloser, je stärker die individuellen, um so gefährlicher sind die Verbrecher.

Vortragender teilt die Verbrecher in folgende Gruppen ein:

1. Zufallsverbrecher; bei ihnen fehlt jeder Wunsch, die Gesellschaft zu schädigen, 2. Affektverbrecher, 3. Gelegenheitsverbrecher, 4. Vorbedachtsverbrecher, 5. Rückfallsverbrecher, 6. Gewohnheitsverbrecher, 7. Berufsverbrecher.

Die ersten Gruppen stellen bis in die Gruppe der Gewohnheitsverbrecher hinein die passiven, nur die letzte Gruppe die aktiven und damit die eigentlich gefährlichsten Verbrecher dar.

Der Kampf gegen die Verbrecher muß absehen von ihrer Beurteilung nach der Art der Straftat und sich statt dessen nach der Persönlichkeit richten. Die größte Milde gegen die Harmlosen einerseits, die größte Energie gegen die Gefährlichen andererseits ist am Platze. Besonders wichtig ist der Kampf gegen das jugendliche Verbrechertum. Vortragender ist dabei gegen jede Strafe und ausschließlich für die Erziehung. Theoretisch ist die Unterbringung in Familien am besten, praktisch bewähren sich gut geleitete Anstalten. Als Erzieher für solche können aber keine Unteroffiziere, sondern nur Lehrer in Betracht kommen.

Der ganze Strafvollzug soll erzieherisch wirken. Dementsprechend muß er gipfeln in der Abschaffung des Strafmaßes, wodurch allein ermöglicht wird, die Strafe völlig der Persönlichkeit des Verbrechers anzupassen.

5. Die Gutachtertätigkeit.

Stellung des Sachverständigen als Berater des Richters. Beobachtung gemäß § 81 Str.P.O., Fehler, daß bei Obergutachten keine

neue Beobachtung möglich ist. Stellung des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung, Gebühren für Sachverständige. — Technik der Gutachten, Anordnung des Stoffes.

Vortragender bespricht die Frage, ob der Sachverständige bei dem § 51 Str.G.B. und § 6 B.G.B. die Relativsätze beantworten soll und begründet, warum er diese Auffassung vertritt.

Im Anschluß daran werden die Fragen der verminderten und der partiellen Zurechnungsfähigkeit erörtert. Die verminderte Zurechnungsfähigkeit, die in vielen Gesetzbüchern besteht und auch in Deutschland vielfach bestanden hat, ist ein Bedürfnis. Die mildernden Umstände, die bei vielen, zum Teil sehr schweren Verbrechen (Raub, Mord, Brandstiftung, Meineid) nicht vorgesehen sind, sind kein Ersatz für das Fehlen der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Über mildernde Umstände urteilt der Richter und nicht der Arzt. Außerdem sind die mildernden Umstände als Ersatz völlig verfehlt. Die Forderung der Ärzte geht nicht dahin, geringere Strafen für vermindert Zurechnungsfähige, sondern andere Art der strafrechtlichen Reaktion. Hinweis auf andere Staaten, wie Norwegen und Italien, die bessere Vorschriften haben, als das deutsche Strafgesetzbuch.

Die partielle Zurechnungsfähigkeit lehnt Vortragender ab. Es läßt sich niemals ermessen, wieweit bei Bestehen der Geisteskrankheit die freie Willensbestimmung bezüglich bestimmter Handlungen beeinträchtigt ist. Außerdem ist der Strafvollzug an Geisteskranken ebenso wie die Verhandlung gegen Geisteskranke nicht gestattet. Ganz anders steht es mit der partiellen Unzurechnungsfähigkeit. Bei ihr handelt es sich darum, daß ein an und für sich zurechnungsfähiger Mensch durch besondere Gründe (Affekt, Angetrunkenheit) vorübergehend unzurechnungsfähig wird. Vielleicht wäre der Ausdruck **temporäre Unzurechnungsfähigkeit** besser am Platze.

6. Der Alkohol als Quelle der Kriminalität und Geistesstörung.

Psychologische Alkoholwirkung, Störung der Auffassung, Störungen des Vorstellungsablaufes (Klangassoziationen) und Steigerung der Erregbarkeit; erleichterte Auslösung von Bewegungen.

Die Alkoholverbrechen verlaufen nach dem Schema der einfachen Reaktion, bei der die Überlegung ausgeschaltet wird und der Reaktion nachhinkt.

Die Zurechnungsfähigkeit der Betrunkenen stellt den Richter vor eine schwierige Aufgabe. Die actio libera in causa ist mehr theoretisch als praktisch von Bedeutung. Zweifellos ist der Betrunkene unzurechnungsfähig, der Gesellschaftsschutz aber verlangt die Annahme seiner Zurechnungsfähigkeit. Im Zwiespalt zwischen dem Recht des Einzelnen

und dem Recht der Allgemeinheit ist Vortragender für die Wahrung der gesellschaftlichen Sicherheit. Besser als Strafe ist die Überweisung in eine Trinkerheilanstalt. Die Entmündigung wegen Trunksucht ermöglicht diese Maßregel; ein Fehler ist, daß der Staatsanwalt nicht antragsberechtigt ist.

Der pathologische Rausch ist der Rausch einer pathologischen Persönlichkeit (Epilepsie, Hysterie usw.). Kurze Erörterung der klinischen Formen der Alkoholpsychosen und Hinweis auf die Bedeutung des Alkoholismus im sozialen Leben, sowie der Mittel zu seiner Bekämpfung.

7. Hypnose und ihre forensische Bedeutung. Sittlichkeitsverbrechen begangen an und von Geisteskranken.

Die Hypnose ist ein Zustand des Einredens, praktisch sehr verwertbar zur Beseitigung von Angst und Zwangsvorstellungen, von Stottern, von nervösen Beschwerden, dagegen nicht von Wahnideen, weil zu fest gewurzelt. Hypnotisierbar ist jeder, der hypnotisiert sein will und imstande ist, seine Gedanken zu konzentrieren. Niemand ist gegen seinen Willen hypnotisierbar außer solchen, die schon oft hypnotisiert sind und das Gefühl der Widerstandslosigkeit haben. Vortragender hält es nicht für völlig ausgeschlossen, daß an einer hypnotisierten Person wider ihren Willen sexuelle Handlungen vorgenommen werden. Dagegen glaubt er nicht, daß es möglich ist, einwandfreie Charaktere in der oder durch die Hypnose zum Verbrechen zu bringen. Die durch theoretische Erwägungen entstandene Angst vor der Hypnose als eines kriminogenen Faktors ist durch die Erfahrungen als unberechtigt erwiesen worden.

Vortragender bespricht einzelne Fehler der Sittlichkeitsparagraphen und erörtert dann die Psychologie der Sittlichkeitsverbrecher. Unter diesen sind sehr viele Geisteskranke. Er geht dann auf den § 175 Str.G.B. ein, für dessen Aufhebung er eintritt, wenn auch nur zum Teil mit den Gründen des wissenschaftlich-humanitären Komitees einverstanden. Er hält die Homosexualität, die nicht mit ihrer Betätigung (der Päderastie) verwechselt werden darf, für eine auf psychopathischem Boden erworbene Eigenschaft und weist unter anderem zur Begründung der Annahme des Erwerbens auf die künstliche Züchtung in Internaten und fremden Ländern, sowie auf die Heilungsmöglichkeit hin.

8. Über Ideenassoziationen.

Vortragender teilt die Vorstellungen in solche, die begrifflich verwandt sind und solche, die gewohnheitsmäßig miteinander auftreten, innere und äußere Assoziationen. Er bespricht die Ergebnisse der Asso-

ziationsversuche, bei denen er gegenüber Sommer wechselnde Reizworte vorzieht. Eine sehr brauchbare und einfache Methode ist die des fortlaufenden Niederschreibens. Er erörtert dann weiter den Begriff der Ideenflucht.

Die Verwendung der Assoziationsmethoden zur Tatbestandsdiagnostik scheint dem Vortragenden verfrüht. Die bisherigen Anhaltspunkte für die Brauchbarkeit der Versuche sind in Anbetracht der Wichtigkeit nicht ausreichend. Es wird unter anderem immer wieder vergessen, daß dem Angeschuldigten mitgeteilt werden muß, wessen er beschuldigt ist, so daß auch ein Unschuldiger affektbetonten Vorstellungen (Komplexen) gegenüber befangen werden und fehlerhaft reagieren kann. Jedenfalls bedürfen die Methoden noch sorgfältiger Ausfeilung.

Sachverzeichnis.

I.

J.

K.

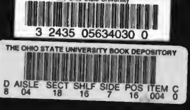
L.

Autorenverzeichnis.

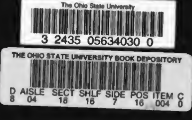







The Ohio State University
3 2435 05634030 0
THE OHIO STATE UNIVERSITY BOOK DEPOSITORY
D AISLE SECT SHLF SIDE POS ITEM C
8 04 18 16 7 16 004 0


AISLE SECT SHLF SIDE POS ITEM C
04 18 16 7 16 004 0


The Ohio State University
3 2435 05634030 0
THE OHIO STATE UNIVERSITY BOOK DEPOSITORY
D AISLE SECT SHLF SIDE POS ITEM C
8 04 18 16 7 16 004 0